



CONGRESO NACIONAL SEMES

ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar

LIBRO DE COMUNICACIONES



comenzar



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias



#SEMES2017

ISBN: 978-84-697-3373-8

ISBN: xxxxxxxxxxxxxxxx

- **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-50

BREVE VISIÓN DE LA UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN LA PATOLOGÍA GRAVE EN EL HOSPITAL NACIONAL DE RABOUNI EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS EN TINDOUF 2

O-58

TAPONAMIENTO CARDIACO: *UNDER PRESSURE*. 2

O-94

¿SE PUEDE MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE TC CRANEAL EN PACIENTES CON CEFALEA EN URGENCIAS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO DE SOLICITUD ELECTRÓNICA? 3

O-95

UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO 3

O-120

PRECISIÓN, SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA ECOGRAFÍA REALIZADA POR URGENCIÓLOGOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: NECESITAMOS EXPERIENCIA. . . 4

P-1

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: PRIMEROS 102 PACIENTES 4

P-3

UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL DE CRÁNEO . 5

P-15

INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA AGUDA EN UN PACIENTE DE 37 AÑOS. UNA PERSPECTIVA DESDE EL POCUS (*POINT OF CARE ULTRASOUND*). 5

P-16

ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO PARTE DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO: OTRO CÓLICO BILIAR 6

P-31

MECANISMO DE LESIÓN Y HALLAZGOS EN EL TC CRÁNEO/ CÉRVICO/TORACO/ABDOMINOPÉLVICO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO POTENCIALMENTE GRAVE 6

P-38

LA ECOGRAFÍA, UNA HERRAMIENTA PARA LAS ENFERMERAS . . 7

P-107

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS 7

P-123

RADIOGRAFÍA DE RODILLA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL 8

P-133

PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAFÍA BÁSICA FOCALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS SAMUR-PC. 8

P-136

ECOGRAFÍA EN URGENCIAS, O CÓMO PONER OJOS AL FONENDO. 9

ÍNDICE TEMÁTICO

P-138

USO DE LA ECOGRAFÍA CARDIACA EN LA FIBRILACIÓN
AURICULAR 9

A-4

ES IMPRESCINDIBLE SABER INTERPRETAR UNA
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX 10

A-44

ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO PARTE DE LA EXPLORACIÓN
FÍSICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO:
PLENITUD POSPRANDIAL 10

A-89

TÉCNICA DE CANALIZACIÓN DE LA VÍA VENOSA
PERIFÉRICA ECOGUIADA 10

A-96

ECOGRAFÍA Y EMBOLISMO PARADÓJICO
EN PACIENTE INESTABLE 10

A-98

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA SILENTE
Y ECOGRAFÍA EN URGENCIAS 10

A-103

SUELTA DE GLOBOS 10

A-105

ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ECOGRAFÍA
DE URGENCIAS 10

CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-154

IMPACTO DE LOS RITMOS BIOLÓGICOS EN LA EFECTIVIDAD
DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DEL INFARTO AGUDO
DE MIOCARDIO 12

O-155

EXPOSICIÓN CUTÁNEA Y OCULAR A PRODUCTOS QUÍMICOS:
EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y TERAPÉUTICA DE 156
DESCONTAMINACIONES REALIZADAS EN URGENCIAS 12

O-158

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA PRESENCIA DE UN SEGUNDO
ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
AL TRAUMA GRAVE 13

O-184

CRITERIOS PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA
EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE 13

O-194

HEMOCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL TERCIARIO. ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS
Y DE LOS RESULTADOS 14

O-211

EVOLUCIÓN DEL ACCESO HUMERAL INTRAÓSEO CON
DISPOSITIVO EZ-IO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS
PREHOSPITALARIAS. SAMUR-PC.
REVISIÓN DE CASOS AÑOS 2015-2016 14

O-215

ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO GRAVE
POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL CON ENFERMERÍA.
¿CÓMO LO HACEMOS? 15

O-244

CRITERIO PROFESIONAL VS. ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN.
¿INFLUYE EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DE
URGENCIAS? 15



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

O-246

TRANSFUSIÓN DE EXTREMA URGENCIA:
EN EL BANCO DE SANGRE 16

O-249

ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN LOS
PACIENTES DE BAJA COMPLEJIDAD EN URGENCIAS
DEL HOSPITAL DE MATARÓ 16

P-144

ANÁLISIS DE LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL
DURANTE EL AÑO 2016 17

P-145

CÓMO AFECTAN LOS DÍAS FESTIVOS A LAS URGENCIAS
DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL 17

P-146

EVOLUCIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES
SEGÚN EL NIVEL DE TRIAJE 18

P-147

ANÁLISIS DE LOS FLUJOS ASISTENCIALES
DE PACIENTES EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
DE UN HOSPITAL GENERAL 18

P-148

CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE LAS INSTRUCCIONES
QUE RECIBEN AL ALTA EN URGENCIAS 19

P-152

SVA-E, QUEREMOS QUE SEA UNA REALIDAD EN NAVARRA .. 19

P-153

REVISIÓN DEL ROL DE ENFERMERA ESPECIALISTA
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS:
UNA FIGURA VITAL EN LA CALIDAD ASISTENCIAL 20

P-156

BENEFICIOS DE LA VÍA INTRANASAL EN SITUACIONES
DE URGENCIA 20

P-159

PERFIL DEL USUARIO DEL ÁREA POLIVALENTE DEL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA 21

P-160

UTILIZACIÓN DE VÍAS SALINIZADAS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA 21

P-162

REPERCUSIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS
CATÉTERES PERIFÉRICOS INSTAURADOS SIN UTILIDAD .. 22

P-163

RESULTADOS DEL ESTUDIO HYDE2 (*HYPERGLUCEMIA
DETECTION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT 2*)
DE ENFERMERÍA 22

P-164

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PRESENCIA DE ALETEO
NASAL EN LOS PACIENTES CON DISNEA 23

P-166

CATÁLOGO DE PERSONALIDADES EN ENFERMERÍA 23

P-167

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA UTILIZACIÓN DEL ÓXIDO
NITROSO EN PACIENTES QUE REQUIEREN REDUCCIÓN
DE FRACTURAS ÓSEAS 24

P-168

SHOCK SÉPTICO Y CÓDIGO SEPSIS 24

P-169

GESTIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA DEMANDA URGENTE
EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA,
TODOS PARTICIPAMOS 25

P-170

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE QUEMADO
EN URGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS 25



ÍNDICE TEMÁTICO

P-171

TETANALGESIA: LACTANCIA MATERNA COMO ANALGÉSICO
EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS. 26

P-173

VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS
ENFERMERAS CON EL SISTEMA MANCHESTER PARA EL
TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN 26

P-174

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SEGURIDAD DE LAS
ENFERMERAS UTILIZANDO EL SISTEMA MANCHESTER PARA
EL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN 27

P-175

ENFERMEROS GESTORES DE INGRESOS,
UN ALIVIO PARA LA SATURACIÓN DE URGENCIAS 27

P-176

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
EN UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS 28

P-177

DETECCIÓN DEL PACIENTE VULNERABLE EN EL ÁMBITO
DE LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 28

P-179

MONITORIZACIÓN CAPNOGRÁFICA Y CONOCIMIENTOS
DE SU MANEJO EN PROFESIONALES SANITARIOS
EN EL ÁREA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 29

P-180

LA INFLUENCIA DE LA LUNA EN PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 29

P-181

LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: CALIDAD ASISTENCIAL PARA
EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA FRENTE A LA
HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL 30

P-182

HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA PRESIÓN
ASISTENCIAL DESDE EL TRIAJE DE UN SERVICIO
DE URGENCIAS COMARCAL 30

P-183

LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: NUESTROS PACIENTES
VALORAN LA INFORMACIÓN Y EL TRATO RECIBIDO 31

P-185

TRIAJE AVANZADO Y CONTROL DEL DOLOR:
SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y VALORACIÓN MÉDICA
DE LA ADMINISTRACIÓN PRECOZ
PROTOCOLARIZADA DE ANALGESIA 31

P-187

DIAGRAMA DE ISHIKAWA SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA
EN TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA URGENTE 32

P-189

¿FUNCIONAN LOS CÓDIGOS? 32

P-197

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
ANTE CASOS DE SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 33

P-200

RESCATE SANITARIO EN DOMICILIO: ¿QUÉ SE ENCUENTRAN LAS
UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN MADRID? 33

P-201

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE USUARIO DIAGNOSTICADO DE
ANSIEDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
COMARCAL DE GIRONA, FUNDACIÓ SALUT EMPORDÀ 34

P-204

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REGISTRADA EN EL ÁREA
DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DURANTE 2016 34

ÍNDICE TEMÁTICO

P-206

EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 35

P-208

ACOGIDA Y CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO
EN URGENCIAS: ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INTEGRAL
DE CUIDADOS 35

P-209

ACOGIDA Y CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO
EN URGENCIAS: OPINIÓN DE LOS FAMILIARES.
RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO. 36

P-210

GASOMETRÍA ARTERIAL INDOLORA, MITO O REALIDAD ... 36

P-214

EL PROBLEMA DE LA MUESTRA HEMOLIZADA.
UN DESAFÍO PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 37

P-216

ATENCIÓN A PACIENTES EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA
EN POLIDEPORTIVOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE
MADRID DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LOS DESA
EN COLUMNAS DE RESCATE CARDIACO 37

P-217

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁREA 1
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MATARÓ .. 38

P-219

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS
DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE EMERGENCIAS
SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN 38

P-220

ENFERMERÍA Y CAPNOGRAFÍA EN URGENCIAS:
EVOLUCIÓN Y UTILIDADES 39

P-221

LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN OFRECIDA A LOS USUARIOS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 39

P-222

INFLUENCIA DE LA TENSIÓN ARTERIAL COMO
DISCRIMINADOR EN TRIAJE 40

P-223

ATOMIZACIÓN INTRANASAL 40

P-225

VALORACIÓN DE TRIAJE AVANZADO EN EL TRAUMATISMO
DIRECTO 41

P-227

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD
DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA EN EL AÑO 2015 .. 41

P-229

ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA
UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA EN LOS
AÑOS 2011 Y 2015 42

P-230

TRIAJE MANCHESTER DE LOS PACIENTES INCLUIDOS
EN LA UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA 42

P-231

ANÁLISIS DEL SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIOGÉNICO
EN LA UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO DE ASTURIAS. 43

P-232

EL TRIAJE EXTRAHOSPITALARIO EN ESPAÑA EN INCIDENTES
DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS 43

P-233

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULAS
NASALES (ONAF) 44

ÍNDICE TEMÁTICO

P-234

DE TRIAMAR A CÓDIGO INFARTO.
IMPLICACIÓN PARA LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS 44

P-235

CANALIZACIÓN DE PICC EN URGENCIAS.
DISMINUYENDO LOS RIESGOS 45

P-236

VALORACIÓN DEL DOLOR EN LA LIMPIEZA MECÁNICA
DE ABRASIONES. INFORME DE CONTINUIDAD
DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 45

P-237

PREVALENCIA Y MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
CENTRAL DE ASTURIAS 46

P-238

COMPARACIÓN ENTRE EL DOLOR SENTIDO POR EL PACIENTE
Y EL DOLOR VALORADO POR LA ENFERMERA DEL TRIAJE
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 46

P-239

RESERVORIO SUBCUTÁNEO: ENEMIGO O ALIADO 47

P-240

REVISIÓN DE LA ESCALA DE COMA GLASGOW 47

P-241

RELACIÓN Y COMPARATIVA DE COORDINADORES SANITARIOS
EN LOS CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS
Y EMERGENCIAS DE ESPAÑA 48

P-242

APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL CÓDIGO ICTUS POR
SUMMA112 EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD DE MADRID . . 48

P-245

AUTO-EFICACIA PARENTAL RELACIONADA CON EL USO
DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 49

P-248

APLICACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL EDEMA
AGUDO DE PULMÓN POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL
AVANZADO ENFERMERO (USVAE):
UNA PRÁCTICA EFICAZ Y SEGURA 49

A-149

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR
LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS
Y PROPUESTA DE PROYECTO DE ESTUDIO 50

A-150

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE SÉPTICO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 50

A-157

ELECTOCARDIOGRAFOS, WIFI Y SEGURIDAD DEL PACIENTE . . 50

A-161

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA
INCORPORACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN INICIAL
AL PACIENTE CRÍTICO EN EL BOX VITAL
EN EL HOSPITAL REY JUAN CARLOS 50

A-172

URGENCIAS DEL HUAC SEGÚN TRIAJE MANCHESTER:
AÑO 2016 50

A-186

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA 50

A-188

PUNCIÓN ARTERIAL ECOGUIADA. ¡APRENDAMOS! 50

A-190

CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE A CORUÑA 50

ÍNDICE TEMÁTICO

A-191

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREVIOS A LA VENTILACIÓN E INICIALES A PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA 50

A-192

PROTOCOLO CÓDIGO ICTUS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA 51

A-193

DISEÑO DE UNA HOJA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICA PARA EL ÁREA QUIRÚRGICA EN URGENCIAS (NIVEL 1) 51

A-195

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA HIPOTERMIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA . . . 51

A-196

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA SUJECCIÓN MECÁNICA EN FASE AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 51

A-198

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA EN BOX DE CRÍTICOS EN EL HOSPITAL DE MANISES. 51

A-199

SONDAJE VESICAL: CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO R/C AUMENTO INCIDENCIAS INFECCIONES TRACTO URINARIO 51

A-202

IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE VALORACIÓN INICIAL ENFERMERA AL PACIENTE ATENDIDO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO 51

A-203

PICTOGRAMA TRADUCIDO EN LENGUA CHINA Y ÁRABE . . . 51

A-205

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA CAPNOGRAFÍA EN UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA 51

A-212

COMPARACIÓN DE TIEMPOS DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MANISES 51

A-218

CUIDADOS GENERALES Y PRINCIPALES COMPLICACIONES EN LA TERAPIA VMNI 52

A-224

MANEJO DE TRAUMATISMOS DIRECTOS CON UN ALGORITMO DE TRIAJE AVANZADO 52

A-226

EL EFECTO TRANSILVANIA COMO CONDICIONADOR DE LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 52

A-247

IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS CON RIESGO DE FLEBITIS QUÍMICA 52

A-251

VENTAJAS EN LA FIJACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS MEDIANTE ALARGADERA CON LLAVE DE TRES PASOS INCORPORADA . 52

A-252

INMOVILIZACIÓN EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 52

A-257

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL MANEJO DE DERIVACIONES DERECHAS Y POSTERIORES 52

ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN
CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-263

FRECUENCIA CARDIACA MÁXIMA CON EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL NIVEL D, EN LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS . . 54

O-271

RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA POR PERSONAL LEGO. ESTUDIO DE SIMULACIÓN MEDIANTE EL USO DE TECNOLOGÍA PUPILAR 54

O-282

SER MÉDICA O MÉDICO SE HACE, NO SE NACE. ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS MÉDICOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO 55

O-283

EN URGENCIAS TAMBIÉN HAY VIOLENCIA DE GÉNERO: NO TENGAMOS MIEDO A PREGUNTAR 55

O-290

COMPARACIÓN DE CAPACITACIÓN DADA POR ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ENTRE LA METODOLOGÍA PBL-CBL CONTRA METODOLOGÍA LBL EN LOS MIR1 DE MEDICINA DE FAMILIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN 56

O-291

COMPARACIÓN DE CAPACITACIÓN DADA POR LA RELACIÓN CON EL EQUIPO DE TRABAJO ENTRE LA METODOLOGÍA PBL-CBL CONTRA METODOLOGÍA LBL EN LOS MIR1 DE MEDICINA DE FAMILIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN 56

O-296

SITUACIÓN DE LA PATOLOGÍA TROPICAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES 57

O-303

APRENDER ENSEÑANDO. ALUMNOS DEL GRADO DE MEDICINA ENSEÑAN RCP A SUS FAMILIARES Y AMIGOS . . 57

O-304

INFLUENCIA PRONOSTICA DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 58

O-305

CAUSAS DE SANGRADO ACTIVO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD 58

O-309

GESTIÓN LOGÍSTICA EN LAS ACCIONES FORMATIVAS DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL. UNA LABOR INVISIBLE PERO TAN NECESARIA COMO LA PROPIA FORMACIÓN . . . 59

P-258

PUESTA EN MARCHA DE UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS SANITARIAS EN BOLIVIA 59

P-259

EL ENFERMERO COMO FORMADOR EN SOPORTE VITAL BÁSICO A DEPORTISTAS 60

P-261

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA: UN ACCESO VENOSO SEGURO, RÁPIDO Y EFICAZ EN URGENCIAS 60

P-264

SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL MÁSTER EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE CON LA SIMULACIÓN CLÍNICA 61

P-265

DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN CON LA ROTACIÓN POR EMERGENCIAS LOS MÉDICOS Y ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES 61

P-266

ROTAR POR LA EXTRAHOSPITALARIA PARA FORMAR A LA PRIMARIA 62

ÍNDICE TEMÁTICO

P-267

SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES DE FAMILIA Y COMUNITARIA TRAS SU FORMACIÓN EN EL SUMMA 112 62

P-268

EL PASO DEL SUMMA 112 POR LA VIDA DE UN MIR DE FAMILIA Y COMUNITARIA 63

P-273

COLOCACIÓN DEL COLLARÍN CERVICAL: EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA MEDIANTE SIMULACIÓN Y APLICACIÓN DE RÚBRICA 63

P-274

ENFERMERAS ESPAÑOLAS EN GUINEA ECUATORIAL: UN RETO DOCENTE 64

P-275

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DURANTE EL VUELO Y EL ATERRIZAJE: UN RETO ENTRE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD 64

P-277

EXPERIENCIA DE USO DE LA APP EMERMEDSCIENCE COMO HERRAMIENTA DE ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS 65

P-278

VALORACIÓN PRIMARIA EN SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES MODELOS 65

P-279

ENSEÑANZA DE RCP EN EDAD ESCOLAR. ¿MENOS ES MÁS? 66

P-280

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA ENSEÑANZA DE RCP BÁSICA EN ESCOLARES ASTURIANOS 66

P-281

SÍNDROME METABÓLICO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS Y UCI: ¿EXISTEN DIFERENCIAS POR GÉNERO? 67

P-284

¡FORMÁNDONOS! MODELO PARTICIPATIVO DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN 67

P-287

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL GRD 544 (INSUFICIENCIA CARDIACA) Y SU INGRESO POR URGENCIAS EN ESPAÑA (2008-2012): FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE REINGRESO 68

P-288

LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DOCENTE DE LAS GUÍAS AHA 68

P-294

USO DE UNA CHECK-LIST EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 69

P-298

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN MUNICIPAL DE UNA INICIATIVA PRIVADA PARA LA ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR POR PROFESIONALES SANITARIOS EN LA ESCUELA PRIMARIA. PRIMER AÑO DEL PROGRAMA RCP A L'ESCOLA 69

P-299

ATROCENESIS ECOGUIADAS, PROPUESTA DE HERRAMIENTA DE ENTRENAMIENTO 70

P-300

¿HA MEJORADO LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRASLADADOS EN UVI MÓVIL? 70

P-302

VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA TURNICIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO 71



ÍNDICE TEMÁTICO

P-306

SITUACIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES (ACOS)
VS. NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NACOS) EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO REINA SOFÍA 71

P-307

FORMACIÓN CONJUNTA INTERINSTITUCIONAL DE SEGURIDAD
Y EMERGENCIAS. UN DESAFÍO FORMATIVO NECESARIO 72

A-260

¿SABE TU HIJO HACER RCP? 72

A-262

VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS HOJAS DE
REGISTRO DE LOS CARROS DE SOPORTE VITAL AVANZADO
DEL HOSPITAL 72

A-269

SIMULACIÓN CLÍNICA PARA ENTRENAMIENTO DE
PROCEDIMIENTOS EN MISIONES HEMS EN ESPACIO
REDUCIDO 72

A-270

APP TUTORIAL EN TRAUMATOLOGÍA:
FRACTURE AND PLASTER® 72

A-272

ESTUDIO DE SIMULACIÓN EN EL RECONOCIMIENTO
Y TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA 72

A-276

NOVEDAD MUNDIAL EN LA SUJECCIÓN Y LA MONITORIZACIÓN
DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS: EL DISPOSITIVO
DE SEGURIDAD Y RETENCIÓN TORÁCICA 73

A-285

FICHA DE PREGUNTAS A LOS ALERTANTES DE UN ACCIDENTE
DE MONTAÑA 73

A-289

PROYECTO SMARTCARE: INTEGRACIÓN URGENCIAS HOSPITAL
DE BARBASTRO CON LAS TIC 73

A-293

WHATSAPP COMO HERRAMIENTA PARA LA INTERACCIÓN Y
FORMACIÓN DE MÉDICOS DE URGENCIAS DE DIFERENTES
ÁMBITOS Y LUGARES DEL MUNDO 73

A-295

SITUACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES: ORGANIZACIÓN,
FORMACIÓN Y PERCEPCIONES. RESULTADOS DE UNA
ENCUESTA NACIONAL 73

A-301

BRONCODILATANDO EN LA COMUNIDAD 73

A-310

SIMULACRO PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS:
APRENDER A ACTUAR EN ACCIDENTES
CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS 73

A-311

SOPORTE VITAL BÁSICO, EL GRAN OLVIDADO, IMPORTANCIA
FORMATIVA PARA EL PERSONAL SANITARIO 73



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

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

O-312

MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO
EXTRAHOSPITALARIO 75

O-329

ANÁLISIS DE LA FRECUENTACIÓN EN URGENCIAS
HOSPITALARIAS POR PACIENTES CON BAJO NIVEL
DE PRIORIDAD 75

O-339

LA RESOLUCIÓN ENFERMERA EN UN CENTRO DE URGENCIAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 76

O-355

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIO: SUMMA 112 76

O-365

BURNOUT EN MÉDICOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO 77

O-372

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LEAN HEALTHCARE
EN UN ÁREA DE URGENCIAS 77

O-382

CARACTERIZACIÓN DE LAS URGENCIAS EN LA REGIÓN
SANITARIA DE BARCELONA, PERIODO 2014-2016 78

O-384

VALORACIÓN DEL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN URGENCIAS
POR PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA 78

O-385

PREGUNTAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
AL FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 79

O-425

RADIOGRAFÍAS ABDOMINALES PEDIDAS EN URGENCIAS.
DEMASIADAS 79

O-427

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA
EN IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES:
UN OBJETIVO DE SEGURIDAD Y CALIDAD 80

O-428

NATIONAL EARLY WARNING SCORES (NEWS) REALIZADOS
EN URGENCIAS PREVIO AL TRANSFER A PLANTA EN LA
PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES EN LAS PRIMERAS
48 HORAS 80

O-429

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN NUESTRO ENTORNO 81

O-434

INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS: CONTRIBUCIÓN EN LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE 81

O-435

PERCEPCIÓN RELATIVA DE FORTALEZAS EN LA CULTURA
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO DE
URGENCIAS 82

O-436

OPORTUNIDADES DE MEJORA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN URGENCIAS 82

O-437

EL TIEMPO, ¿ES CEREBRO? 83

O-440

RELACIÓN ENTRE COLOR DE TRIAJE Y CARACTERÍSTICAS DE
LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI 83

ÍNDICE TEMÁTICO

O-448

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y CONDUCTAS DE LOS TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LA HIGIENE DE MANOS 84

P-314

EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN PARA MEJORAR EL EMPLEO DE UN EQUIPAMIENTO CRÍTICO. 84

P-316

GESTIÓN TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA POR ENFERMERÍA 85

P-317

EVOLUCIÓN Y GESTIÓN DE LAS LLAMADAS ATENDIDAS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL CCU-SACYL ENTRE LOS AÑOS 2013 AL 2016 85

P-318

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS, MONITORIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA 86

P-319

PACIENTE CRÍTICO NO CÓDIGO: TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN 86

P-320

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN URGENCIAS: ¿CÓMO INFLUYE EL PERFIL DEL PACIENTE? EXPERIENCIA EN HLA VISTAHERMOSA 87

P-321

LA IMPORTANCIA DEL CIERRE TRANSFUSIONAL 87

P-322

LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS. 88

P-323

USO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL DE ZAFRA 88

P-324

POSIBILIDAD DE LA DONACIÓN DE MULTITEJIDOS PARA LOS PACIENTES FALLECIDOS EN URGENCIAS. LA POTENCIALIDAD PÉRDIDA 89

P-325

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 89

P-330

REGISTRO DE CASOS DE VIOLENCIA EN ADULTOS JÓVENES EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO (2012-2016). 90

P-331

PLAN DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN URGENCIAS 90

P-334

PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA FORMACIÓN RECIBIDA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN URGENCIAS/EMERGENCIAS. . . 91

P-335

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE INTUBADO EN UN HELICÓPTERO SANITARIO H24. 91

P-336

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE EN UN HELICÓPTERO SANITARIO H24. 92

P-337

PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 92

ÍNDICE TEMÁTICO

P-338

COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN INTERCOMUNITARIA
EN EMERGENCIAS SANITARIAS 93

P-340

¿QUÉ FACTORES ESTÁN RELACIONADOS CON LA RECONSULTA
DEL PACIENTE DE LA UCE? 93

P-341

¿LA NECESIDAD DE CURAS DE ENFERMERÍA PUEDE ALARGAR
UN INGRESO EN LA UCE? 94

P-342

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS Y DE CALIDAD
EN LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR 94

P-343

ACTIVIDAD DE LOS RECURSOS AÉREOS EN CANARIAS. . . . 95

P-344

GESTIÓN DE CAMAS EN URGENCIAS: PERCEPCIÓN
PROFESIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 95

P-345

LEAN HEALTHCARE.
EXCELENCIA EN MODELOS DE GESTIÓN 96

P-346

NIVELES DE RUIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO: MEDICIÓN Y ENCUESTA DE PERCEPCIÓN . . . 96

P-347

¿EL PACIENTE NOTA DIFERENCIAS ENTRE LA ATENCIÓN DE
UNA UCE JOVEN Y OTRA LONGEVA? 97

P-350

PROYECTO ALERTA ESCOLAR EN BALEARES: HERRAMIENTA
DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA OPTIMIZANDO LA
INFORMACIÓN 97

P-351

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SERVICIOS
DE URGENCIAS, ENTRE MÉDICOS Y ENFERMEROS, EN LOS
HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE ARAGÓN 98

P-352

EL ACOMPAÑAMIENTO ENFERMERO A LOS FAMILIARES
DE LAS PERSONAS QUE MURIERON EN URGENCIAS DEL
HOSPITAL DE LA SANTA CREU Y SANT PAU
DURANTE EL AÑO 2016 98

P-353

EL TRIAJE COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN
DE DERIVACIONES INADECUADAS
AL SERVICIO DE URGENCIAS. 99

P-361

PERFIL DE LOS PACIENTES PERDIDOS, NO INCLUIDOS,
EN EL REGISTRO DE TRAUMA GRAVE DE NAVARRA 99

P-362

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS ERRORES
DE MEDICACIÓN DETECTADOS EN EL ÁREA OBSERVACIÓN
POR UN FARMACÉUTICO 100

P-363

ESTUDIO DESCRIPTIVO/RETROSPECTIVO DE LA
IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA LEAN EN EL SERVICIO
E URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA 100

P-364

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ÉTICO-LEGALES
EN FACULTATIVOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS 101

P-366

IMPLANTACIÓN DE UN HOSPITAL DE DÍA EN EL MODELO
ORGANIZATIVO DEL SERVICIO DE URGENCIAS 101

P-367

PLAN HOSPITALARIO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA
PARADA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA. . . . 102

ÍNDICE TEMÁTICO

P-368

HELITRANSPORTE MEDICALIZADO DESDE
UN HOSPITAL COMARCAL 102

P-369

¿TENEMOS EN CUENTA LA ESCALA DEL DOLOR
EN URGENCIAS? 103

P-370

ANÁLISIS DEL DOLOR COMO MOTIVO DE CONSULTA
EN URGENCIAS 103

P-371

PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL 104

P-374

INFORME DE SITUACIÓN DE LAS UNIDADES MEDICALIZADAS
DE EMERGENCIAS (UME) DE LA GERENCIA DE EMERGENCIAS
SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN 104

P-375

RELLAMADAS A LAS 24 HORAS EN EL CENTRO COORDINADOR
DE URGENCIAS (CCU) DE LA GERENCIA DE EMERGENCIAS
SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN 105

P-376

UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL TRIAJE TELEFÓNICO
DE LOS CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS
Y EMERGENCIAS 105

P-377

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA SALA
DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS 106

P-378

PERFIL DE RIESGO Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS
ERRORES DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN
EL MÉDICO PRESCRIPTOR Y LA HERRAMIENTA DE
PRESCRIPCIÓN 106

P-379

METRORRAGIAS EN EMBARAZADAS DEL PRIMER TRIMESTRE
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. REVISIÓN DE INDICADORES
DE CALIDAD ASISTENCIAL 107

P-380

EFICACIA DEL TRIAJE DE MANCHESTER PARA IDENTIFICAR
CASOS DE SEPSIS GRAVE 107

P-381

DESARROLLO Y COORDINACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO
MULTIDISCIPLINAR SOBRE MÉTODOS Y PROCESOS EN EL
BOX VITAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS 108

P-386

¿ES NECESARIA UNA ESTRATEGIA DE DECONSTRUCCIÓN
ENTORNO AL MANEJO URGENTE DE LA LUMBALGIA NO
TRAUMÁTICA? 108

P-388

URGENCIAS, ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL (ADI)
Y CRONICIDAD: UN EXCELENTE EQUIPO 109

P-389

REGISTRO DE CASOS DE MALOS TRATOS EN MENORES
DE EDAD EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCARIO
(2012-2016) 109

P-390

PROYECTO PARA EL MANEJO EFICAZ DEL PACIENTE ANCIANO
EN URGENCIAS 110

P-391

DISCRIMINADORES DE TRIAJE VS. DIAGNÓSTICOS
Y DESTINOS 110

P-392

PRIMEROS RESULTADOS DE UNA GESTIÓN TIPO *FAST TRACK*
MULTIDISCIPLINAR APLICADA A UNA UNIDAD DE URGENCIAS
HOSPITALARIAS 111

ÍNDICE TEMÁTICO

P-393

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA 112

P-394

MODIFICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO EN URGENCIAS TRAS
TRASLADO AL NUEVO CENTRO HOSPITALARIO 112

P-395

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: UNA ALTERNATIVA
A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DESDE EL INICIO.
INGRESOS DESDE URGENCIAS 113

P-397

MORTALIDAD PRECOZ EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 113

P-398

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 114

P-399

SIMULACRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE MÚLTIPLES
VÍCTIMAS (PAMV) EN UN HOSPITAL REGIONAL 114

P-400

PREVALENCIA DE INFECCIONES URINARIAS CAUSADAS
POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES
TRATADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A
DOMICILIO EN PACIENTES PROCEDENTES DE URGENCIAS
EN UN HOSPITAL TERCIARIO 115

P-401

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA
EFICIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO DE INFECCIONES
URINARIAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES,
DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS 115

P-402

ANÁLISIS AMFE APLICADO A LOS SUBPROCESOS DE TRIAJE
MULTIDISCIPLINAR NO ESTRUCTURADO (SB-TMNE) EN UNA
UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 116

P-403

OPTIMIZACIÓN EN LA CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE
EN URGENCIAS: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA
DE TRIAJE MULTIDISCIPLINAR 117

P-404

COSTE EN FARMACIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS
EN UN HOSPITAL TERCIARIO 117

P-406

EMERGENCIAS SANITARIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA,
UNA COORDINACIÓN ESENCIAL EN EL ÁMBITO
EXTRAHOSPITALARIO 118

P-408

ATENDER MÁS URGENCIAS, DISMINUIR LOS INGRESOS EN EL
HOSPITAL TERCIARIO Y ACORTAR LAS ESTANCIAS EN EL SU.
¿CÓMO SE COCINA ESTE PLATO? 118

P-409

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 119

P-411

SITUACIÓN ACTUAL DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS CÓDIGOS
DE ACTIVACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
HOSPITALARIOS ESPAÑOLES 119

P-412

ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DESDE
ATENCIÓN PRIMARIA A UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO 120

P-413

CASUÍSTICA CLÍNICA DE PACIENTES HABITUALES
HIPERDEMANDANTES EN UN CENTRO COORDINADOR
DE URGENCIAS 120

P-414

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE INCERTIDUMBRE ANTE LA
ENFERMEDAD EN PACIENTES Y ACOMPAÑANTES
EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 121

ÍNDICE TEMÁTICO

P-415

CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE CEUTA:
DATOS 2016 121

P-417

ANÁLISIS DE LOS RETORNOS A URGENCIAS HOSPITALARIAS
EN LAS 72 HORAS SIGUIENTES A LA ATENCIÓN PREVIA. ... 122

P-419

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MÉDICOS Y ENFERMEROS
DE URGENCIAS 122

P-420

REVISITAS NO PROGRAMADAS DE PACIENTES A UN SERVICIO
DE URGENCIAS 123

P-421

ACTITUD DE LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS RESPECTO A LA
ESTANDARIZACIÓN DE INFORMES DE DERIVACIÓN
A SERVICIOS DE URGENCIAS 123

P-422

CARACTERIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES A URGENCIAS
DESDE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS. OPORTUNIDADES
DE MEJORA 124

P-423

ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LOS HOSPITALES TERCIARIOS Y SECUNDARIOS
DE ARAGÓN 124

P-426

MEDICIÓN Y REGISTRO DE CONSTANTES VITALES EN TRIAJE
DE URGENCIAS 125

P-430

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR LABORAL DE LOS MÉDICOS
DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL PÚBLICO
CON GESTIÓN PRIVADA 125

P-431

APLICACIÓN DE LEAN HEALTHCARE MANAGEMENT
EN LA MEJORA DE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN A PACIENTES
CON MAT 4-5 126

P-432

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE VIOLENCIA
CONTRA LA MUJER 126

P-433

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL TRASLADO AL HOSPITAL
DE REFERENCIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN
HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN 127

P-439

CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA EN URGENCIAS:
NECESIDAD FRENTE A RUTINA 127

P-441

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
MULTIINGRESO ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO 128

P-442

CORRELACIÓN ENTRE LA PRIORIDAD I DE TRIAJE Y LA
NECESIDAD DE MANEJO EN UNIDAD MONITORIZADA ... 128

P-443

CULTURA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL COMARCAL 129

P-444

EFICIENCIA CLÍNICA EN EL ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE
LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA Y EL HOSPITAL
DE DÍA MEDICO PARA LA FERROTERAPIA INTRAVENOSA
CON CARBOXIMALTOSA DE HIERRO (CMH) 129

P-445

DETECCIÓN DEL DONANTE MULTITEJIDOS EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIO.
¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE? 130

ÍNDICE TEMÁTICO

P-446

VALORACIÓN DEL GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN URGENCIAS POR LOS RESIDENTES 130

P-449

LA RED DE COMUNICACIONES TETRA DEL AYUNTAMIENTO
DE MADRID 131

P-450

VAMOS A ENTENDER NOS 131

P-451

USO DE LAS APLICACIONES OFIMÁTICAS
EN LA COORDINACIÓN DE DRP Y AMV 132

A-313

MEJORAS EN GESTIÓN CLÍNICA. CIRCUITOS ASISTENCIALES
EN URGENCIAS 132

A-315

¿QUÉ ME DICES? 132

A-326

GESTIÓN DE MUESTRAS JUDICIALES DE TÓXICOS
EN URGENCIAS. CADENA DE CUSTODIA 132

A-327

REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN URGENCIAS.
¿DEBERÍA ESTAR PRESENTE LA FAMILIA? 132

A-332

PROPUESTA DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA
Y ACOMPAÑANTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 132

A-333

UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA PREVIA
EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA 133

A-349

CÓDIGO PÁNICO: ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO
OPERATIVO PARA UNA RESPUESTA RÁPIDA ANTE
AGRESIONES REALES O POTENCIALES AL PERSONAL
DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS 133

A-354

HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DE MANISES: CIRCUITO PARA POBLACIÓN VULNERABLE ... 133

A-356

PILOTO DE LOCALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES
EN LA UNIDAD DE URGENCIAS. APLICACIÓN DE NUEVAS
TECNOLOGÍAS 133

A-357

¿RECIBEN LOS EXTRANJEROS MÁS ASISTENCIAS
EN URGENCIAS QUE LOS ESPAÑOLES? 133

A-358

¿INFLUYE EL TIPO DE JORNADA LABORAL DE NUESTROS
PACIENTES EN EL NÚMERO DE ASISTENCIAS QUE RECIBEN
EN URGENCIAS? 133

A-360

MEDICIÓN DEL ESTRÉS LABORAL SOBRE EL PROFESIONAL
SEGÚN CARGA DE TRABAJO 133

A-407

UN RETO POR SEGURIDAD: ESTANDARIZACIÓN
DE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE
ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES 133

A-410

GESTIÓN DEL TIEMPO EN UCI: CUIDADO COLABORATIVO
TEMPORAL DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS 133

A-418

¿QUÉ PASA EN URGENCIAS CON PERSONAS EN SITUACIONES
DE RIESGO SOCIAL AL ALTA? CARACTERÍSTICAS Y
CIRCUNSTANCIAS DE NUESTRA POBLACIÓN 133

ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS,
URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-457

ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS NIÑOS/AS Y ACOMPAÑANTES ANTE UN PROCESO URGENTE QUE IMPLICA DOLOR, ANSIEDAD Y MIEDO. MANUAL DE PADRES 135

O-459

LOXAPINA EN ESTADOS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA ENFERMEDAD MENTAL: ¿SÓLO UNA ALTERNATIVA O TAMBIÉN UNA OPORTUNIDAD?..... 135

O-463

RECORRIDO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA PEDIÁTRICA, ¿NECESITAMOS SUPERPODERES? 136

O-485

UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL 136

O-500

RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS SEGÚN EL TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) APLICADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 137

O-501

RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS SEGÚN EL CUESTIONARIO MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL APLICADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 137

O-508

INGESTAS MEDICAMENTOSAS VOLUNTARIAS EN MAYORES DE 65 AÑOS 138

O-529

5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN SANIDAD PEDIÁTRICA PRIVADA DE URGENCIAS. ¿HACIA DÓNDE VAMOS? 138

O-550

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRANSPORTE AÉREO SANITARIO EN DISTINTOS PAÍSES OCCIDENTALES EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA AVIACIÓN (1920-1927) 139

O-562

EVALUACIÓN DE POSIBLES DONANTES DE LOS PACIENTES FALLECIDOS POR LESIÓN CATASTRÓFICA CEREBRAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 139

O-564

VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN PACIENTES ANCIANOS DADOS DE ALTA DE UNA UCE DE URGENCIAS 140

O-565

INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL Y MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES ANCIANOS DADOS DE ALTA DE UNA UCE DE URGENCIAS 140

O-566

RESULTADOS A 30 DÍAS DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL Y MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES ANCIANOS AL ALTA DE UNA UCE DE URGENCIAS 141

O-567

EL TELÉFONO MÓVIL EN LA CONSULTA DE URGENCIAS. ESTABLECIENDO UN PATRÓN 141

O-603

CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO ATENDIDOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 142

P-452

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA 142

P-453

MANEJO DE CRISIS EPILÉPTICAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO 143

ÍNDICE TEMÁTICO

P-454

NIÑ@S CON TEA EN URGENCIAS,
¿SABES CÓMO TRATARLOS? 143

P-455

ANALGESIA Y SEDACIÓN CON ENTONOX EN PACIENTE
PEDIÁTRICO 144

P-460

UAPI. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
INSTITUCIONALIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 144

P-461

UTILIDAD DEL NT-PROBNP EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE DISNEA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UN CENTRO
DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA 145

P-464

UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO:
MIRANDO HACIA EL FUTURO 145

P-465

RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DEL ÍNDICE BISPECTRAL
DE SEDACIÓN Y LA ESCALA COMFORT BEHAVIOUR
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. 146

P-469

PARTO EXTRAHOSPITALARIO: ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
HIJO DE MADRE DIABÉTICA, CON HIPOGLUCEMIA.
OH, MY GOD! 146

P-471

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS CAÍDAS
EXTRAHOSPITALARIAS EN ANCIANOS 147

P-473

LA SEDACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 147

P-474

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON NIVEL DE TRIAJE I Y II
EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. . . 148

P-476

DE DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA A ACALASIA DEL ESÓFAGO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 148

P-479

MI HIJO ESTÁ GORDITO, PERO LO ACEPTO COMO ES,
¿VERDAD DOCTOR? 149

P-480

ANALGESIA MAYOR EN ACCIDENTADOS EN MONTAÑA . . . 149

P-482

ROTURA ARTERIAL ESPONTÁNEA ATÍPICA 150

P-487

REVISANDO EL TEST DE ALLEN 150

P-498

PERFIL DEL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS
VALORADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
COMARCAL 151

P-499

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 151

P-504

CUIDADOS Y NECESIDADES PSICOSOCIALES SEGÚN MOTIVO
DE ASISTENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIAS
EN DOMICILIO 152

P-507

ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS ACV ATENDIDOS EN 2016
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS. . . 152

P-509

EL VIAJE A NINGUNA PARTE DEL SEGUNDO AVIÓN PARA EL
TRANSPORTE AÉREO SANITARIO EN ESPAÑA. LA HISTORIA
OLVIDADA DEL BREGUET SANITARIO N.º 99 153



ÍNDICE TEMÁTICO

P-516

REGISTRO DE CASOS DE MALOS TRATOS EN PACIENTES
ANCIANOS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO
(2012-2016) 153

P-517

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES HIPERFRECIENTADORES
DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL 154

P-521

SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS NOCTURNAS EN
ATENCIÓN PRIMARIA, ¡UN ESLABÓN MÁS! 154

P-523

SUICIDIO, LA NUEVA PANDEMIA 155

P-524

DETECCIÓN DE DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA
MODERADA-SEVERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS . . . 155

P-526

CÓMO MEJORAR LA ASISTENCIA EN URGENCIAS
A LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO
DEL AUTISMO 156

P-531

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA . . . 156

P-533

EL DOLOR: QUINTA CONSTANTE VITAL EN URGENCIAS 157

P-536

PACIENTES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS
ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO 157

P-540

RESOLUTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS
EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS . . 158

P-542

MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES
HIPERFRECIENTADORES Y SU PROPORCIÓN
DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SEGUNDO NIVEL 158

P-543

USO DE RECURSOS DEL PACIENTE HIPERFRECIENTADOR
EN LAS URGENCIAS 159

P-544

HIPERFRECIENTADORES EN URGENCIAS:
¿CÓMO USAN LA URGENCIA? 159

P-549

SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS:
10 AÑOS DE TRABAJO 160

P-551

¿REALMENTE DISMINUYEN LAS VISITAS A URGENCIAS
CUANDO JUEGA EL BARÇA O EL MADRID? 160

P-580

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CARBOXIMALTOSA DE HIERRO
PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN
PACIENTES DERIVADOS DESDE UNA UNIDAD DE URGENCIAS
HOSPITALARIA 161

P-581

PATOLOGÍAS POR LAS QUE CONSULTAN PACIENTES
CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 161

P-587

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TRASLADADOS EN UVI MÓVIL
QUE FALLECEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 162

P-597

CUERPOS EXTRAÑOS, CONSULTA EN AUGE EN SERVICIO
DE URGENCIAS 162

ÍNDICE TEMÁTICO

P-602

SÍNDROME DE *BURNOUT* EN LOS PROFESIONALES DE
URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE SEGOVIA 163

A-456

ONDASETRÓN SUBLINGUAL,
¡EL VOMITAR SE VA A ACABAR! 163

A-462

TRANSFORMACIÓN DEL CARRO DE PARADA ADULTO
EN CARRO DE PARADA PEDIÁTRICO. 163

A-467

SVISUAL: ROMPIENDO BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN . . 163

A-468

GET-LAT: GEL ANESTÉSICO PARA EL TRATAMIENTO DE
HERIDAS QUE PRECISAN SUTURA EN PEDIATRÍA 163

A-475

ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EXTRAHOSPITALARIA: PERFIL
VICTIMOLÓGICO Y ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES SEXUALES
EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS 163

A-478

PROMOCIONANDO LA SALUD DESDE URGENCIAS 164

A-490

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA BASE JACA
DEL 061 ARAGÓN 164

A-525

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIRCUITO PARALELO
DE ATENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL
AUTISMO (TEA) 164

A-527

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN URGENCIAS
DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO . . . 164

A-547

PROBLEMAS DE SALUD DE LOS PACIENTES
HIPERFRECIENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y SU ESTRATIFICACIÓN
POR EDAD. 164

A-555

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS
EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA A TRAVÉS DEL SERVICIO
DE URGENCIAS 164

A-556

MÁS QUE UN FLEMÓN. 164



ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-609

PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA ATENDIDA POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO 166

O-614

MIEDOS Y FALSAS CREENCIAS DEL CIUDADANO LEGO EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR 166

O-616

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA CONDUCCIÓN OPERATIVA EN LAS URGENCIAS MÉDICAS EN SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL 167

O-617

LA FIGURA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN SAMUR-PC ... 167

O-620

COMPARACIÓN EN LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS EXTERNAS EN TÉCNICOS DE TRANSPORTE SANITARIO Y EMERGENCIAS MÉDICAS TRAS UN PROCESO FORMATIVO CON DISPOSITIVOS DE RETROALIMENTACIÓN . . 168

O-621

CANSANCIO DEL REANIMADOR ENTRENADO DURANTE LA RCP EFICAZ 168

O-623

POLITRAUMATIZADOS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO: MOTOCICLETAS..... 169

O-624

EVALUACIÓN DE TRES MODELOS DE INMOVILIZADORES CERVICALES EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS .. 169

O-627

SAMUR-PC: EL SANITARIO VOLUNTARIO 170

O-630

PERFIL DOCENTE EN LA FORMACIÓN A BOMBEROS DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID 170

O-631

EFFECTIVIDAD DE LA UNIDAD CICLISTA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL EN EL PREVENTIVO DE NAVIDAD DE LA ZONA CENTRO DE MADRID 171

O-634

DETECCIÓN DEL TRAUMA SUBSIDIARIO DE SOPORTE VITAL AVANZADO POR PARTE DE UN TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO . . 171

O-636

GESTIÓN DE RECURSOS Y ANÁLISIS DE DEMANDAS DE ASISTENCIA EN UNA CENTRAL DE COMUNICACIONES DE EMERGENCIAS SANITARIAS 172

O-640

LA MORTALIDAD POR INCENDIOS EN UNA GRAN CIUDAD: MADRID 172

O-641

ACCIDENTES DE TRÁFICO GRAVES: CORRELACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN INICIAL DE UN SVB Y EL DIAGNÓSTICO FINAL DEL PACIENTE 173

O-642

POLITRAUMA. CÓDIGO 15 173

O-643

CONOCIMIENTOS BASE Y SIMULACIÓN DE HABILIDADES PRÁCTICAS Y DE ACTUACIÓN DE LA POBLACIÓN LEGA ANTE EMERGENCIAS SANITARIAS Y DE EXTINCIÓN..... 174

O-644

AMBULANCIA DESDE CERO 174



ÍNDICE TEMÁTICO

O-648

COLLARÍN CERVICAL EN EL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE: USO O ABUSO 175

O-649

EL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS: LA CONSOLIDACIÓN DE UNA NUEVA PROFESIÓN 175

O-650

APERTURA DE PUERTA: ¿QUÉ NOS PODEMOS ENCONTRAR? 176

O-658

PACIENTE HERIDO. ENVÍEN SOPORTE VITAL BÁSICO 176

P-604

GEOLOCALIZACIÓN DE URGENCIAS SANITARIAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD LINCE DE SAMUR-PC EN LA ZONA CENTRO DE MADRID 177

P-605

FIESTA DEL MADO (MADRID ORGULLOSO) EN LA CIUDAD DE MADRID: RETO PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS 177

P-606

FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS ANTE UN INCIDENTE CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS 178

P-607

EL PERFIL EDUCATIVO DE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO 178

P-610

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA CIRCULACIÓN DE AMBULANCIAS 179

P-611

MANEJO BÁSICO DE LA AVULSIÓN DENTARIA EN MEDIO EXTRAHOSPITALARIO PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS 179

P-615

FRACTURAS COMPLEJAS EN ENTORNO COMPLICADO ... 180

P-618

RIESGOS AÑADIDOS PARA INTERVINIENTES SANITARIOS EN ACCIDENTES CON VEHÍCULOS HÍBRIDOS 180

P-619

SITUACIÓN FORMATIVA OFICIAL DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN ESPAÑA 181

P-622

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS Y PREVENCIÓN DE RIESGOS: UNA ASIGNATURA PENDIENTE 181

P-625

MEJORA EN EL MANEJO DEL COMA HIPOGLUCÉMICO POR PARTE DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN LAS ISLAS CANARIAS 182

P-626

RIESGOS DEL TES EN LA UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS DE MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA DE SU VEHÍCULO 182

P-628

LA IMPORTANCIA DEL TES EN LAS EMERGENCIAS SANITARIAS 183

P-629

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN USADAS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 183

P-633

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DEL MALTRATO A MENORES EN LA CIUDAD DE MADRID 184

P-637

MOVILIZACIÓN DEL PERSONAL EN SITUACIONES DE IMV O CATÁSTROFE 184

ÍNDICE TEMÁTICO

P-638

INFLUENCIA DE LA INCORPORACIÓN DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA COMO PARTE DEL DISPOSITIVO DEL MARATÓN POPULAR DE MADRID EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL 185

P-645

ADULTERANTES EN SUSTANCIAS DE ABUSO: IMPORTANCIA DE SU CONOCIMIENTO Y CONSECUENCIAS 185

P-646

CENTRO DE EMERGENCIAS MADRID 112, EL GRAN DESCONOCIDO 186

P-647

LESIONES DE ESPALDA EN TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS. COMPARATIVA SEGÚN ANTIGÜEDAD 186

P-651

CARGA DE TRABAJO DE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL 187

P-654

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME *BURNOUT* EN TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS 187

P-655

COMPARACIÓN ENTRE EL DESARROLLO CURRICULAR DEL TES Y LAS COMPETENCIAS DE LOS MILITARES PERTENECIENTES A LA ESCALA DE TROPA DEL CUERPO GENERAL DEL EJÉRCITO DE TIERRA, CON LA ESPECIALIDAD DE APOYO SANITARIO 188

P-657

EL TÉCNICO DE EMERGENCIAS SANITARIAS. LA IMPORTANCIA DE BALIZAR LOS ESPACIOS DE INTERVENCIÓN 188

A-608

QUE 10 AÑOS NO ES NADA... EN LA URGENCIA... 189

A-612

SÉ PROFESIONAL Y PLANIFICA EL TRASLADO 189

A-613

OPTIMIZACIÓN DE UN VEHÍCULO PORTABICICLETAS SANITARIZADAS EN SAMUR-PC 189

A-632

INMOVILIZACIÓN CERVICAL SELECTIVA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 189

A-652

EL TES Y LA MASCARILLA LARÍNGEA. UN AVANCE EN LA FORMACIÓN PARA LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE ... 189

A-653

DISEÑO DE UN DISPOSITIVO DE RIESGO PREVISIBLE POR TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS 189

A-656

PROPUESTA DE TRASLADO DE PACIENTES AGITADOS POR UNIDADES TIPO C SVA 189

ÍNDICE TEMÁTICO

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

O-659

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES
TORÁCICAS MANUALES Y MECÁNICAS EN LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR 191

O-675

PERFIL DEL PACIENTE QUEMADO ATENDIDO POR SAMUR-PC
EN LA CIUDAD DE MADRID 191

O-676

LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL
PRIMER RESPONDIENTE, CLAVE PARA MANTENER EL RITMO
DEFIBRILABLE Y LA RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA DE
CIRCULACIÓN 192

O-686

¿ELEGIMOS UNA TALLA DE TRAJE ADECUADA EN LA
ATENCIÓN DE UN INCIDENTE NBQ? 192

O-688

INTENTOS DE SUICIDIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE CASTILLA-LA MANCHA (2006-2015) 193

O-690

VALOR PREDICTOR DE LA OXIMETRÍA CEREBRAL EN EL
PRONÓSTICO HEMODINÁMICO Y NEUROLÓGICO DE LA
PARADA CARDIACA PREHOSPITALARIA 193

O-701

ANALGESIA EN EL RESCATE EN MONTAÑA 194

O-703

VARIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EN EL SUMMA 112 A TRAVÉS
DE LOS AÑOS 194

O-714

ANÁLISIS Y RENTABILIDAD DEL PROGRAMA DE DONACIÓN
EN ASISTOLIA TIPO IIA EN ESPAÑA 195

O-715

VARIACIÓN CRONOBIOLOGICA DE LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EN EL SUMMA 112 A TRAVÉS
DE LOS AÑOS 195

O-716

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN
DEL MODELO EXTRAHOSPITALARIO DE TRIAJE AVANZADO META
EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS 196

O-718

ACCIDENTES EN LAS ESTACIONES DE ESQUÍ ATENDIDOS
POR LOS SVA DE LA ZONA 196

O-722

PARADA CARDIORRESPIRATORIA ATENDIDA.
SERVICIO DE EMERGENCIAS ALICANTE 2015 197

O-723

DISTRIBUCIÓN DE DESA PÚBLICOS EN ALICANTE 197

O-725

UTILIZACIÓN DE DEFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO (DESA)
EN LA PROVINCIA DE ALICANTE 198

O-726

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DURANTE LA ATENCIÓN
A UNA EMERGENCIA EN EL ENTORNO NBQ
(NUCLEAR-BIOLÓGICO-QUÍMICO) 198

O-735

UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA Y LOS PARÁMETROS
ECOGRAFICOS EN LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA
NO INVASIVA DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS:
ANÁLISIS PROSPECTIVO 199

O-739

LA HIPOCALCEMIA Y LA HIPERPOTESEMIA AL INICIO DE UNA
PCR CON RITMO INICIAL DEFIBRILABLE SE CONFIGURAN
COMO VARIABLES INDEPENDIENTES ASOCIADAS A LA
REVERSIÓN O NO DEL RITMO, Y A LA RECUPERACIÓN
NEUROLÓGICA 199



ÍNDICE TEMÁTICO

O-744

DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LA RESPUESTA A LA RCP
EXTRAHOSPITALARIA POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA
DE ANDALUCÍA 200

O-745

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA IMPUTADA A LA PCR
EN PACIENTES REANIMADOS EN EL MEDIO
EXTRAHOSPITALARIO POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA
DEL 061 ANDALUCÍA 200

O-749

ANÁLISIS DE IMV EN HOSPITAL COMARCAL, ¿ESTAMOS
PREPARADOS?: LUCES Y SOMBRAS 201

O-750

MEDICINA Y PUBLICIDAD: UN MUNDO POR EXPLORAR . . . 201

O-751

ENFERMOS TRAUMÁTICOS POTENCIALMENTE
GRAVES. IMPLANTACIÓN DEL PREAVISO POTENCIALMENTE
GRAVE 15.1 202

O-761

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO Y LIDERAZGO
EN LA RCP 202

O-762

REANIMEMOS BIEN, ¿ESTAMOS A TIEMPO? 203

O-763

NUEVOS OBJETIVOS: PRESENCIA FAMILIAR EN RCP 203

O-764

SISTEMA DE INFORMACIÓN TÁCTICA ACTUALIZADA SAMUR
(SITAS) 204

O-766

HERRAMIENTA PARA PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO
SANITARIO EN EVENTOS DE RIESGO PREVISIBLE 204

O-767

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN PARADAS
CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR SAMUR-PC . . . 205

O-769

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME *BURNOUT* EN
ENFERMERÍA DE URGENCIAS 205

P-660

PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA EN SERVICIO
DE URGENCIAS 206

P-661

TRANSPORTE SANITARIO AÉREO DE SOPORTE VITAL
AVANZADO EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA. 206

P-663

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS
EXTERNAS EN MÉDICOS RESIDENTES 207

P-664

HOSPITAL CARDIOPROTEGIDO. 207

P-665

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA TERAPIA ECMO
COMO TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LA PCR
REFRACTARIA 208

P-666

DESMITIFICANDO LA LUNA LLENA 208

P-667

PERFIL ESTADÍSTICO DE LOS DONANTES EN ASISTOLIA DE
SAMUR-PC. UNA VALORACIÓN DE TRES AÑOS 209

P-668

UNA VALORACIÓN DE TRES AÑOS DE LAS PARADAS
CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR SAMUR-PC 209

ÍNDICE TEMÁTICO

P-669

LAS PCR CARDIACAS POR GÉNERO EN SAMUR-PC
DURANTE LOS AÑOS 2014 A 2016 210

P-671

VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE LA
HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INDUCIDA TRAS UNA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ... 210

P-672

DISPOSITIVO DE SEMANA SANTA COMO SERVICIO DE RIESGO
PREVISIBLE EN LA CIUDAD DE MADRID 211

P-673

SUPERVIVENCIA EN PCR (PARADA CARDIORRESPIRATORIA
EXTRAHOSPITALARIA). PROVINCIA DE ALICANTE 2015. 211

P-677

RCP BÁSICA Y USO DEL DEA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE (INEF).
¿TIENEN LOS SUFICIENTES CONOCIMIENTOS SOBRE
QUÉ ES Y SU MANEJO? 212

P-687

¿TRATAMOS BIEN EL DOLOR? 212

P-691

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICA EN UNA AERONAVE 213

P-693

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ÓPTIMA A TIEMPO ... 213

P-697

ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR
AGUDA TRAUMÁTICA (LMAT) 214

P-698

TCE: DETECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA 214

P-699

FIBRILACIÓN VENTRICULAR: LA IMPORTANCIA DE UNA
REANIMACIÓN ADECUADA 215

P-702

LA IMPORTANCIA DE UN REGISTRO DE PARADA CARDIACA
INTRAHOSPITALARIA. RESUMEN DE DOS AÑOS 215

P-704

AMV. APP 216

P-705

GESTIÓN DEL PROCESO IMV EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL TERCIARIO 216

P-706

RELACIÓN DE GRUAJES EN LOS RESCATES DE MONTAÑA
EN ARAGÓN DURANTE 2016 217

P-708

FACTORES DE LA EVOLUCIÓN DE LOS INJERTOS
DE DONANTES TRAS MUERTE CARDIACA A NIVEL
EXTRAHOSPITALARIO 217

P-711

EASY PULSE: EVALUACIÓN SOBRE DONACIÓN EN ASISTOLIA
DE UN NUEVO CARDIOPRESOR. 218

P-717

CÓDIGO IAM: VALORACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO 218

P-721

¿INFLUYEN NUESTRAS CONDICIONES PERSONALES EN
LA ANSIEDAD QUE DESARROLLAMOS AL ATENDER UNA
EMERGENCIA NBQ (NUCLEAR-BIOLÓGICA-QUÍMICA)? ... 219

P-728

EFFECTIVIDAD DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO SOBRE LA
SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON *SHOCK* HEMORRÁGICO
DE ORIGEN TRAUMÁTICO DEPENDIENDO DEL TIEMPO
DE ADMINISTRACIÓN 219

ÍNDICE TEMÁTICO

P-736

CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO
DE ALUMNOS DE SEXTO DE MEDICINA 220

P-737

PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA CON REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR EN CURSO POR EQUIPOS DE
EMERGENCIAS CON MÉDICO A BORDO.
UNA ESTRATEGIA FÚTIL 220

P-753

CATÁSTROFE AÉREA EN ALBACETE.
MODELO DE COORDINACIÓN CÍVICO-MILITAR 221

P-754

LA REANIMACIÓN TAMBIÉN ES COSA DE NIÑOS 221

P-757

TCE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS:
VALORACIÓN EN CONSULTA EXTERNA 222

P-765

INMOVILIZACIÓN CERVICAL EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN ÁMBITO PREHOSPITALARIO 222

P-770

INTERVENCIÓN EN CRISIS EN UNA GRAN CIUDAD.
VISIÓN DESDE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA . . . 223

A-678

TRIAJE START (SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT) . . . 223

A-679

TRIAJE SHORT (SALE CAMINANDO, HABLA SIN DIFICULTAD,
OBEDECE ÓRDENES SENCILLAS, RESPIRA, TAPONAR
HERIDAS) 223

A-680

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS TIEMPO
DEPENDIENTES EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA. 223

A-681

MONITORIZACIÓN DEL USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN
EL CONTEXTO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA CON
SOPORTE DE COMPRESIONES MECÁNICAS EN EL ÁMBITO
EXTRAHOSPITALARIO DEL ALT EMPORDÁ, GIRONA 223

A-684

IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS AÉREOS EN CANARIAS . . 223

A-685

EPISODIOS DE INUNDACIONES EN ESPAÑA 1995-2014 . . . 223

A-696

USO DEL COLLARÍN CERVICAL EN LA EMERGENCIA
EXTRAHOSPITALARIA 224

A-707

ATENCIÓN A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
EN LAS UVI-MÓVILES DE NAVARRA 224

A-709

ESTIMACIÓN DE LOS POSIBLES DONANTES EN ASISTOLIA
NO CONTROLADOS EN NAVARRA ENTRE
LOS AÑOS 2014 Y 2016 224

A-713

COMPARACIÓN DE CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE UN
SOPORTE VITAL AVANZADO EXTRAHOSPITALARIO VS.
EQUIPO DE TRAUMA EN UN HOSPITAL DEL GRUPO 2
EN LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA GRAVE 224

A-727

¿QUÉ PAPEL TIENE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE TRAUMATIZADO
GRAVE O DE POTENCIAL GRAVEDAD QUE FINALMENTE
INGRESA EN UCI? 224

A-738

ERIE DE ASISTENCIA SANITARIA: TRABAJANDO EN LA
INTEROPERABILIDAD 224



ÍNDICE TEMÁTICO

A-742

¿HAY EVIDENCIA SUFICIENTE PARA USAR DE MANERA
SISTEMÁTICA CARDIOCOMPRESORES EN EMERGENCIAS? . . . 224

A-746

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES DE MÚLTIPLES
VÍCTIMAS EN LA MINERÍA MUNDIAL EN EL PERIODO
2006-2015 224

A-747

PROYECTO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
EN LA ESCUELA 224

A-768

MANEJO ADECUADO DEL COLCHÓN DE VACÍO EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS 224CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS,
INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME
CORONARIO AGUDO)

O-784

UTILIDAD DEL BNP EN EL MANEJO URGENTE DEL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA CARDIACA 226

O-799

PERICARDITIS AGUDA, MANEJO Y RESULTADOS EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS 226

O-806

ÁRBOLES DE DECISIÓN EN EL CONTROL DE LA FRECUENCIA
CARDIACA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 227

O-833

UTILIZACIÓN DE LAS DOSIS BAJAS DE LOS
ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD) EN LOS
PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR
(FANV) Y FLUTTER (FL) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE
ARAGÓN 227

O-867

Y SI NO SOLICITO TROPONINA EN INSUFICIENCIA CARDIACA
AGUDA 228

O-868

DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE PACIENTES CON IAMCEST
QUE DEMANDAN ATENCIÓN INICIAL EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS
DE NUESTRA ÁREA 228

O-871

EL PERFIL DE NUESTRO PACIENTE ANCIANO FRÁGIL
CON INSUFICIENCIA CARDIACA 229

O-874

¿ES LA PRO-BNP UN BUEN INDICADOR DE LA EVOLUCIÓN
DE LOS PACIENTES CON ICA EN UNA UNIDAD DE CORTA
ESTANCIA? 229

O-883

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DURANTE 4 AÑOS EN EL BOX
DE REANIMACIÓN 230

O-885

ANÁLISIS DE LAS NECROPSIAS REALIZADAS DURANTE 4
AÑOS A PACIENTES FALLECIDOS EN EL BOX
DE REANIMACIÓN 230

O-888

VERNAKALANT... ¿SÍ O NO? 231



ÍNDICE TEMÁTICO

O-893

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DEL PACIENTE CON SÍNCOPE EN URGENCIAS. 231

O-895

IMPACTO DE LAS VARIABLES GERIÁTRICAS EN LA MORTALIDAD A 30 DÍAS ENTRE LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA 232

O-900

¿INFLUYE EL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DEL IAMCEST EN CÓMO SE ATIENDE Y TRATA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS? 232

O-917

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO EN LA RESTAURACIÓN DEL RITMO SINUSAL EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO (ESTUDIO HERMES-AF) 233

O-923

ESTUDIO DE LA ANTICOAGULACIÓN UTILIZADA SEGÚN LA ESCALA SAME-TT2R2 EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR Y ESCALA CHA2DS2-VASC DE UNO O MÁS 233

O-924

ESTUDIO COMPARATIVO DE MORTALIDAD A 30 DÍAS Y AL AÑO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR PRECIPITANTE O TESTIGO INOCENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 234

O-927

MORTALIDAD Y TIPO DE ARRITMIAS POR HIPERPOTASEMIA SEVERA 235

O-928

PERFIL DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS EPILÉPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS (PROYECTO ACESUR) 235

O-935

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA 236

O-951

VARIABLES UTILIZADAS EN LA TOMA DE DECISIÓN DE LAS DOSIS BAJAS DE LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD) EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (FANV) Y FLUTTER (FL) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN 236

O-957

¿ES ÚTIL EL SIGNO DE LEVINE Y OTROS GESTOS CON LAS MANOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO? 237

O-958

PROPUESTA DE UNA ESCALA CLÍNICA PREDICTIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS 237

O-961

¿ES POSIBLE MEJORAR LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR? LA PERSPECTIVA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 238

O-964

CAPACIDAD PREDICTIVA DE UNA ESTRATEGIA MULTIMARCADOR DE LA MORTALIDAD A MEDIO Y LARGO PLAZO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ICA) EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS 238

O-979

HIPONATREMIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA: MARCADORES PRONÓSTICOS DISPONIBLES Y OLVIDADOS . . 239

O-982

UTILIZACIÓN DE VERNAKALANT EN URGENCIAS EN FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA 239

O-983

VALIDACIÓN DE LA ESCALA HEART-SCORE PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO QUE CONSULTAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 240

ÍNDICE TEMÁTICO

O-1006

ANTICOAGULANDO EN URGENCIAS.
LA CONFIRMACIÓN DE UN HECHO 240

O-1007

TERAPIA CON GLUCOCORTICOIDES, VIGILA Y TRATA
LA HIPERGLUCEMIA REACTIVA, DESDE SU PRESCRIPCIÓN
EN URGENCIAS 241

O-1019

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD FUNCIONAL
DE DOLOR TORÁCICO VINCULADA A UN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIO 241

O-1021

LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN URGENCIAS ... 242

O-1095

IMPACTO DE LA FRAGILIDAD Y LA DISCAPACIDAD EN LA
MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS EN PACIENTES ANCIANOS CON
INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA QUE ASISTEN AL SERVICIO
DE URGENCIAS 242

O-1099

UTILIDAD DE LA ESCALA EGSYS EN EL MANEJO DEL SÍNCOPE
EN URGENCIAS 243

O-1113

EXPERIENCIA EN CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA
DE LA FIBRILACIÓN (FA) Y *FLUTTER* AURICULARES
EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 2.º NIVEL..... 243

O-1114

INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y ANEMIA:
¿INFLUYE EL VOLUMEN DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO
EN LA MORTALIDAD PRECOZ? 244

O-1115

PERFIL Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES MAYORES
DE 80 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR
Y *FLUTTER* AURICULAR EN URGENCIAS 244

O-1159

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS
HOSPITALARIAS 245

O-1160

EVENTOS HEMORRÁGICOS MAYORES EN PACIENTES
CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRATAMIENTO CON
ANTIAGREGANTES Y/O ANTICOAGULANTES ORALES 245

O-1165

FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA
EN PACIENTES CON FA EN URGENCIAS 246

O-1187

PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS CON FIBRILACIÓN
Y *FLUTTER* AURICULAR CON INSUFICIENCIA RENAL 246

P-772

ELECTROCARDIOGRAFÍA EN SÍNDROME
CORONARIO AGUDO 247

P-774

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREHOSPITALARIA
EN UME RURAL 247

P-775

IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UN BOX DE DOLOR TORÁCICO
EN EL MANEJO DE ESTA PATOLOGÍA EN URGENCIAS 248

P-776

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA (DAA) 248

P-777

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA FRAGILIDAD DEL PACIENTE
ANCIANO CON ICA EN NUESTRA UCE Y LA EVOLUCIÓN
DE SU ASISTENCIA? 249

ÍNDICE TEMÁTICO

P-788

UNA TOSTADA, UN INFARTO 249

P-796

FENÓMENO DE *MILKING* COMO PRESENTACIÓN
DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. 250

P-797

INTERCONSULTAS DE URGENCIAS A CARDIOLOGÍA:
PERFIL Y DESTINO DEL PACIENTE 250

P-798

ASISTENCIAS VENTRICULARES DE LARGA DURACIÓN:
QUÉ DEBE SABER EL MÉDICO DE URGENCIAS 251

P-807

PACIENTE DE 64 AÑOS CON PARESIA EN MIEMBRO SUPERIOR
DERECHO 251

P-812

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL *SCORE* SAME-TT2R2
COMO PREDICTOR DE COMPORTAMIENTO DE LOS
ANTIVITAMINA K EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS
EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR 252

P-813

VALIDACIÓN DE UN ALGORITMO A 0 Y 1 HORAS PARA EL
DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN
ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST 252

P-823

ACORTANDO TIEMPOS HASTA LA CARDIOVERSIÓN. 253

P-837

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDIACA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA
ESTANCIA 253

P-838

SITUACIÓN ACTUAL DE PACIENTES JÓVENES (< 60 AÑOS)
CON FIBRILACIÓN/*FLUTTER* AURICULAR EN ARAGÓN . . . 254

P-840

APENDAGITIS AGUDA O APENDICITIS EPIPLOICA 254

P-841

SÍNDROME DE KOUNIS: ANGINA ALÉRGICA 255

P-845

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 255

P-847

UTILIDAD DE LA ESCALA SAME-TT2-R2 PARA PREDECIR
LA CALIDAD DE ANTICOAGULACIÓN ORAL
CON ANTIVITAMINA K 256

P-853

NO TODO ES UN MIXOMA 256

P-869

DOLOR TORÁCICO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST:
BLANCO Y EN BOTELLA... 257

P-875

CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE DOLOR TORÁCICO
ATÍPICO Y EL CUESTIONARIO DE GELEIJNSE EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIO 257

P-877

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO . . 258

P-886

MI EXPERIENCIA EN CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA 258

P-898

INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y PÉPTIDOS
NATRIURÉTICOS EN URGENCIAS 259

P-899

MANEJO DEL SCA SEGÚN EL PROTOCOLO DE DOLOR
TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 259

ÍNDICE TEMÁTICO

P-902

PERFIL DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA Y CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS USADAS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO 260

P-909

¿SON EMERGENCIAS TODAS LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL BOX VITAL? 260

P-921

VALOR PRONÓSTICO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 261

P-939

DETERMINACIÓN DE LA TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN EL MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO DE BAJA PROBABILIDAD PARA ISQUEMIA 261

P-941

SHOCK CARDIOGÉNICO EN MUJER DE 56 AÑOS 262

P-944

UTILIDAD DEL ECG DE 3 DERIVACIONES CON DIAGNÓSTICO POR TELEMEDICINA PARA EL CRIBADO DE CARDIOPATÍA QUE REQUIERE POTENCIAL ATENCIÓN MÉDICA URGENTE . . 262

P-946

MIELOPATÍA POR DESCOMPRESIÓN. DISBARISMO TRAS INMERSIÓN. ¡VAYA GRACIA! ¿NO?. . . 263

P-949

CEFALEA MIGRAÑOSA EN JÓVENES SEGÚN NACIONALIDAD. REVISIÓN HOSPITAL DR. PESET DE VALENCIA 263

P-950

MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 264

P-955

ATENCIÓN: LUMBALGIA CON SIGNOS DE ALARMA. ¡BANDERAS ROJAS!. 264

P-963

PERFIL Y HOJA DE RUTA DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 265

P-967

ARRITMIAS PELIGROSAS EN INMIGRANTE 265

P-976

EFFECTO PROARRÍTMICO DE LOS ANTIARRÍTMICOS EN LA CARDIOVERSIÓN QUÍMICA: HACER UN PAN CON UNAS TORTAS 266

P-981

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO Y BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 266

P-984

INSUFICIENCIA RENAL Y PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA. DIFERENCIAS EN LA ESTIMACIÓN SEGÚN FÓRMULAS . . 267

P-991

ESTUDIO DEL USO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR EN URGENCIAS 267

P-996

COMPARACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS CON Y SIN FIBRILACIÓN AURICULAR PREVIA QUE PRECISARON RESTAURACIÓN AGUDA A RITMO SINUSAL . . 268

P-997

FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO (UDT) EN UN CENTRO HOSPITALARIO DURANTE EL AÑO 2015 268

P-999

PERFIL CLÍNICO, MUTACIONES GENÉTICAS Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES JÓVENES ATENDIDOS POR UN SÍNCOPE DE ESFUERZO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 269



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1004

PREDICCIÓN DE UN BUEN CONTROL ANTICOAGULANTE CON DICUMARÍNICOS EN TROMBOPROFILAXIS DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS. . . 269

P-1014

ACCESIBILIDAD A LA ACTP EN LOS MUNICIPIOS DE LA REGIÓN DE MURCIA 270

P-1017

SÍNDROME DE KOUNIS: ALERGIA Y SCA 270

P-1020

PERFIL DE LOS PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO INCLUIDOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y SU ASOCIACIÓN CON LA POSITIVIDAD DE LA PRUEBA DE ESFUERZO 271

P-1026

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN EMBARAZO 271

P-1080

MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 272

P-1081

MENINGITIS CRIPTOCÓCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO . . . 272

P-1093

ESTUDIO SOBRE LA REALIZACIÓN DE ERGOMETRÍA EN LA EVALUACIÓN DE DOLOR TORÁCICO PERFIL ISQUÉMICO . . . 273

P-1124

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON HIPERPOTASEMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 273

P-1131

¡ESTE INFARTO, NO SERÁ... LUPUS! 274

P-1133

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN VALVULOPATÍAS 274

P-1144

UTILIZACIÓN CORRECTA DE ANTIARRÍTMICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 275

P-1148

PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE ANTIAGREGANTES EN LA FIBRILACIÓN Y *FLUTTER* AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 275

P-1150

FIBRILACIÓN AURICULAR: PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL, EFICACIA DE LA CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA Y ANTIARRÍTMICOS UTILIZADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 276

P-1158

FIBRILACIÓN AURICULAR: TRATAMIENTO ANTIARRÍTMICO AL ALTA EN PACIENTES CON EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDO EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES DE FIBRILACIÓN AURICULAR. CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA 276

P-1169

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 277

P-1170

ANÁLISIS DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 277

P-1178

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DOMICILIARIO AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTE CON FA PREVIA DESCOMPENSADA 278

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1180

EVALUACIÓN DE FÁRMACOS EN CARDIOVERSIÓN
FARMACOLÓGICA EFICAZ EN PACIENTES
CON O SIN FA PREVIA 278

P-1196

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO Y SU ABORDAJE INTEGRAL
PREHOSPITALARIO E INTRAHOSPITALARIO. REPORTE
DE UN CASO 279

A-781

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN
AURICULAR EN URGENCIAS DEL ÁREA SANITARIA
DE OSUNA 279

A-787

PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE PROCESOS
ASISTENCIALES PARA LA CONSECUCCIÓN DE LA
ACREDITACIÓN ISO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL DEL VINALOPÓ 279

A-827

FIBRILACIÓN AURICULAR CON PREEXCITACIÓN. 279

A-859

ECOCARDIOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN PACIENTE CON DOLOR
TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS:
TOMA DE DECISIONES. 279

A-965

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA
INTRACRANEAL NO TRAUMÁTICA QUE PRECISAN TRASLADO
A OTRO CENTRO PARA TRATAMIENTO NEUROQUIRÚRGICO
URGENTE 279

A-993

SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA
DILATADA DE ETIOLOGÍA NO ISQUÉMICA SIN DIAGNÓSTICO
PREVIO 280

A-1001

TENGO LA FRECUENCIA CARDIACA COMO INDURAIN. ... 280

A-1002

QUISTE HIDATÍDICO COMO CAUSA DE SÍNDROME CORONARIO
AGUDO 280

A-1016

SE ME SALE EL CORAZÓN, SIENTO PALPITACIONES,
SERÁ UN MAL MENOR. 280

A-1052

HACIA DELANTE ESTÁ MEJOR 280

A-1060

LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO GUÍA FUNDAMENTAL
DEL MANEJO DEL PACIENTE EN URGENCIAS. 280

A-1061

DOCTOR, NO VEO 280

A-1063

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA PARECE PERO NO LO ES ... 280

A-1065

¡NO PUEDO TRAGAR! 281

A-1067

DOLOR TORÁCICO EN ADICTO A COCAÍNA 281

A-1146

SEGUNDOS PARA LA ETERNIDAD. EFICACIA Y SEGURIDAD
DEL VERNAKALANT EN PACIENTES CON PRÓTESIS VALVULAR
AÓRTICA 281

A-1190

NO TODOS SON VASOVAGALES 281

A-1191

SI LE DUELE... ES POR ALGO. 281



ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II

(ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA
RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-1216

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES
DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR INGRESADOS DESDE
URGENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO O EN
HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL 283

O-1235

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES DE
ACCIÓN DIRECTA EN LOS MUY ANCIANOS 283

O-1250

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN EL PRONÓSTICO A CORTO
PLAZO DE PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR AGUDA
SINTOMÁTICA 284

O-1261

EMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES
DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA 284

O-1349

DATOS CLÍNICOS, RIESGO EMBÓLICO PREVIO Y DÍMERO D
EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. . . 285

O-1356

PRONÓSTICO DE NEUMONÍAS EN ANCIANOS:
¿MEJOR EL BARTHEL QUE EL FINE, O AMBOS JUNTOS? . . . 285

O-1373

MORTALIDAD Y RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA EMBOLIA
DE PULMÓN 286

O-1417

VALORAR LA INDICACIÓN DE LA PROFILAXIS ETEV DESDE
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN PACIENTES MÉDICOS
HOSPITALIZADOS 286

O-1423

VALORACIÓN EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 287

O-1426

CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES
CON SEPSIS ATENDIDOS EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIO 287

O-1429

QSOFA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES SÉPTICOS
INGRESADOS EN UCI 288

O-1465

CÓDIGO SEPSIS. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD
A LOS 28 DÍAS E INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI) 288

O-1469

MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEPSIS EN RELACIÓN
CON DIFERENTES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS . . . 289

O-1474

URGENCIÓLOGOS, PACIENTES PALIATIVOS Y PROFILAXIS
TROMBOEMBÓLICA: ¿DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE
VAMOS? 289

O-1475

URGENCIÓLOGOS, PACIENTES PALIATIVOS Y PROFILAXIS
TROMBOEMBÓLICA: ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO? 290

O-1492

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA.
TASA DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS, NUESTRA EXPERIENCIA EN 15 AÑOS 290

O-1497

UTILIDAD CLÍNICA DE LAS ESCALAS DE PREDICCIÓN Y
DÍMEROS D ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL 291

O-1507

IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS
EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL Y MEJORÍA
DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA 291

ÍNDICE TEMÁTICO

O-1527

BACTERIEMIAS EN URGENCIAS: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO 292

O-1528

MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA DETECTADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL 292

O-1562

FACTORES ASOCIADOS A PRESENTACIÓN GRAVE EN LA GRIPE 293

O-1570

EVOLUCIÓN DE PIELONEFRITIS CON TRATAMIENTO EMPÍRICO 293

O-1579

FACTORES ASOCIADOS DE MANERA INDEPENDIENTE CON MORTALIDAD A 30 DÍAS EN PACIENTES TRATADOS CON LINEZOLID 294

O-1582

IMPACTO DE LA FERROPENIA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) 294

O-1587

ASISTENCIA EN URGENCIAS DE LAS EXACERBACIONES ASMÁTICAS EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO HABITUAL EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA 295

O-1605

PAPEL DEL CONTROL GLUCÉMICO COMO DETERMINANTE DE ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCE POR UN PROCESO INFECCIOSO 295

O-1631

MARCADORES ANALÍTICOS EN URGENCIAS ÚTILES COMO PREDICTORES DE MALA EVOLUCIÓN POSTERIOR EN SEPSIS 296

O-1636

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS EN LAS URGENCIAS MÉDICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON DE BARCELONA 296

O-1642

USO DEL D-DÍMERO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 297

O-1645

VALIDEZ Y SEGURIDAD DEL DÍMERO D Y LA ESCALA DE WELLS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA 297

O-1687

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 298

O-1719

FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON EPOC AGUDIZADO QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIA 298

O-1724

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE DURANTE LAS TEMPORADAS 2014/2015 Y 2015/2016 299

P-1199

MANEJO DEL ICTUS PREHOSPITALARIO EN UME RURAL ... 299

P-1202

HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS ENTRE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS DE UN DEPARTAMENTO SANITARIO 300

P-1203

ETIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN URINARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 300

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1204

IMPORTANCIA DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SOBRE LOS RESULTADOS A CORTO PLAZO EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. 301

P-1205

APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS RECOMENDADAS POR LA CAMPAÑA SOBREVIVIR A LA SEPSIS (MSCC) EN UN HOSPITAL COMARCAL 301

P-1207

VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DE UN HOSPITAL COMARCAL 302

P-1210

ENFERMEDAD DE MONDOR, A PROPÓSITO DE UN CASO 302

P-1215

MENINGOENCEFALITIS NEUMOCÓCICA SECUNDARIA A FOCO ÓTICO. 303

P-1218

PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR ATENDIDAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS Y DURANTE EL INGRESO EN PLANTA CONVENCIONAL O EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. 303

P-1221

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 304

P-1222

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y CÁNCER EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL COMARCAL 304

P-1225

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA. ESTUDIO VNIURG 305

P-1239

LA RECIENTE ACTUALIZACIÓN GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) 2017 ¿APORTA ALGO NUEVO EN LA CLASIFICACIÓN DE LAS EXACERBACIONES EPOC? 305

P-1245

¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES BIEN ANTICOAGULADOS? UNA VISIÓN DESDE URGENCIAS 306

P-1252

¿SÓLO UNA CONTRACTURA MUSCULAR? 307

P-1254

QUISTE DE BAKER HEMORRÁGICO VS. TVP 307

P-1268

¿QUÉ VARIABLES SE RELACIONAN CON LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA (NAC) EN URGENCIAS? 308

P-1276

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA EN URGENCIAS. 308

P-1278

NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA (NAC) EN URGENCIAS: LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN CONTINUA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS. 309

P-1279

PRONÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: VALORACIÓN DEL USO DE LA ESCALA PESI 309

P-1288

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CRÍTICOS CON GRIPE DESDE 2010 A 2016. 310

P-1289

CIMIENTOS HASTA EN LOS PULMONES 310

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1291

ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS FARMACOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LOS INGRESOS . . . 311

P-1305

CÓMO NOS AFECTA LA EPOC EN LA ATENCIÓN DIARIA EN URGENCIAS. 311

P-1306

ANÁLISIS DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR QUE INGRESAN EN NUESTRO HOSPITAL . . . 312

P-1312

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO 312

P-1319

GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN USADOS EN PACIENTES RESPIRATORIOS QUE ACUDEN A URGENCIAS. APLICACIÓN DE CUESTIONARIO TAI 313

P-1328

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INFECCIOSOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 313

P-1347

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL COMARCAL 314

P-1355

CELULITIS EN URGENCIAS ¿QUÉ SABEMOS DE LOS CULTIVOS? 314

P-1360

3... 2... 1... ¡¡¡SEPSIS!!!!. 315

P-1364

ABORDAJE DE LA GRIPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EPIDEMIA 2016-2017 315

P-1366

EPIDEMIA GRIPE 2017. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UEC. GRIPE VS. NO GRIPE. ¿SON POBLACIONES DIFERENTES? 316

P-1367

¿EXISTE ALTERNATIVA A LA GASOMETRÍA ARTERIAL COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN CASOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA? UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA RECIENTE Y APLICABILIDAD CLÍNICA. 316

P-1376

VALOR DEL HEMOGRAMA COMO FACTOR PREDICTIVO EN LA NEUMONÍA DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH . . 317

P-1382

DESARROLLO DE PROTOCOLO EN URGENCIAS DE ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ ANTE CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE ALTO RIESGO 317

P-1392

SIGNOS EN RX DE TÓRAX SUGESTIVOS DE POSIBLE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON TEP. . . . 318

P-1394

ANALIZAR EL USO DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO (CCP) EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 318

P-1397

RELACIÓN ENTRE EL QSOFA (QUICK SEPSIS-RELATED ORGAN FAILURE ASSESSMENT) Y LA GRAVEDAD DE LA SEPSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS . . 319

P-1400

INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA EN EL ANCIANO PROCEDENTE DE URGENCIAS. UTILIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA ASISTENCIAL AL INGRESO HOSPITALARIO. 319

P-1405

UREA: BIOMARCADOR EFICIENTE EN NEUMONÍA 320

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1406

TRES AÑOS DE CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS 320

P-1408

IMPLANTACIÓN ACTUAL DEL CÓDIGO SEPSIS EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES:
ENCUESTA CÓDIGO SEPSIS 321

P-1410

RDW (AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA):
BIOMARCADOR EFICIENTE EN NEUMONÍA 321

P-1411

FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS A LA
DURACIÓN DEL INGRESO EN LA UEC DURANTE LA EPIDEMIA
DE GRIPE 2017: ESTUDIO MULTIVARIADO 322

P-1415

CELULITIS EN URGENCIAS ¿QUIÉNES INGRESAN?..... 322

P-1416

LA INFECCIÓN POR GRIPE A (H3N2) NO CONDICIONA
UNA MAYOR GRAVEDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME
FEBRIL DE ORIGEN VÍRICO ATENDIDOS
EN SERVICIOS DE URGENCIAS 323

P-1428

SEPSIS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS ATENDIDOS
EN URGENCIAS..... 323

P-1434

MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE UN BROTE DE SALMONELOSIS
DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.... 324

P-1435

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE EPIDIDIMITIS EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS 324

P-1445

IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA REGLA
DE DETECCIÓN PRECOZ DE SEPSIS EN LA HISTORIA CLÍNICA
ELECTRÓNICA..... 325

P-1483

PREVALENCIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS EN EL PERIODO DE
2015 ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES 325

P-1485

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES URINARIAS.
¿PODEMOS SEGUIR PRESCRIBIENDO FOSFOMICINA?.... 326

P-1494

USO DE ESCALAS PRONÓSTICAS Y DE GRAVEDAD
EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA
EN LA COMUNIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL COMARCAL..... 326

P-1505

RESURGIR DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS QUE ENTRAN
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS SOBRE TODO EN LA
POBLACIÓN INMIGRANTE, EN NUESTRO MEDIO 327

P-1515

SITUACIÓN BASAL DE PACIENTES CON EPOC
QUE AGUDIZAN 327

P-1520

PAPEL DE LOS ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN PROLONGADA
EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC 328

P-1522

COMPARACIÓN DE QUICK SOFA Y CRITERIOS DE SEPSIS
CONVENCIONALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES
DE URGENCIAS CON INFECCIÓN DOCUMENTADA 328

P-1526

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO Y SU DIFERENCIA
ENTRE EDAD Y SEXO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)
DURANTE 2015 329

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1530

ROJO POR ARRIBA, BLANCO POR ABAJO 329

P-1542

ÉMBOLOS SISTÉMICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO 330

P-1549

MODELO PREDICTIVO, DE RIESGO INDIVIDUAL, PARA EL DESARROLLO DE TOXICIDAD HEMATOLÓGICA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON LINEZOLID 330

P-1559

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON MALARIA IMPORTADA 331

P-1561

MALARIA: CAMBIOS EVOLUTIVOS EN UN PERIODO DE 10 AÑOS 331

P-1597

DESPLAZAMIENTO SISTÓLICO DEL ANILLO TRICUSPÍDEO (TAPSE) COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD COMPARADO CON EL ANGIO-TAC EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 332

P-1615

CALIDAD DE LA PROFILAXIS PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y EVALUACIÓN DE SU RIESGO 332

P-1634

¿CÓMO MANEJAMOS AL PACIENTE SÉPTICO EN URGENCIAS? 333

P-1637

MANEJO DE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES SÉPTICOS EN URGENCIAS 333

P-1640

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN URGENCIAS 334

P-1643

LA ENDOCARDITIS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS 334

P-1649

NO TE COMAS EL COCO CON EL NEUMOCOCO 335

P-1651

UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD EN PACIENTES SÉPTICOS: ESTUDIO SEGÚN FOCO 335

P-1652

INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS 336

P-1663

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL SECUNDARIO A INFECCIÓN POR GRIPE A 336

P-1664

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL DE ORIGEN VÍRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 337

P-1669

UTILIZACIÓN DE LA PROCALCITONINA Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO Y MANEJO 337

P-1682

IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL EMBOLISMO PULMONAR 338

P-1688

VARIACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS DÍMEROS-D AL ELEVAR SU PUNTO DE CORTE ANTE LA SOSPECHA DE TEP 338

P-1703

DOCTOR, ME LATE EL CORAZÓN..... 339



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1706

ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA 339

P-1717

COMORBILIDADES E ÍNDICE DE CHARLSON EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO DE MADRID 340

P-1728

IDENTIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE AGUDIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 340

P-1729

ELEVACIÓN DE LOS MARCADORES DE LESIÓN MIOCARDICA Y DILATACIÓN DE VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 341

P-1730

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, EVOLUCIÓN E INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA AMBIENTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE DURANTE LAS TEMPORADAS 2014/2015 Y 2015/2016 341

P-1734

MORTALIDAD A LOS 9 MESES DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SEGÚN EL ÍNDICE PRONÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 342

P-1735

ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE MÉDICOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS FRENTE A PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA 343

A-1212

PROTOCOLO GRIPE ESTACIONAL 2017 EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL HENARES 343

A-1281

INHALACIÓN ACCIDENTAL MASIVA DE MONÓXIDO DE CARBONO 343

A-1290

HEMOPTISIS EN UN HOSPITAL COMARCAL: ACTITUD A SEGUIR 343

A-1297

MENINGITIS BACTERIANA POR NO USAR MASCARILLA EN LA ANESTESIA EPIDURAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 343

A-1304

ANÁLISIS DE ASMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS ... 343

A-1332

ENFERMEDAD DE MONDOR, CAUSA INUSUAL DE DOLOR TORÁCICO 343

A-1340

DOLOR EN HEMITÓRAX DERECHO 344

A-1390

EXTRUSIÓN COMPLETA DE MARCAPASOS 344

A-1427

MENINGITIS POR PAROTIDITIS 344

A-1512

UN CÓLICO PULMONAR 344

A-1519

COMPLICACIONES DE ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES. A PROPÓSITO DE UN CASO 344

A-1622

DOCTORA, ME DUELE LA ESPALDA 344

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1626

INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
POR ENTEROVIRUS EN ADULTOS 344

A-1659

OJO SECO: DIAGNÓSTICO DE SJÖGREN 344

A-1709

ROTURA DEL QUISTE HIDATÍDICO, DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO 344CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III
(DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS,
PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA
DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1770

EXPERIENCIA DE USO DE ICATIBANT EN HUMV
EN ANGIOEDEMA POR IECA..... 346

O-1818

MONOTERAPIA DE LACOSAMIDA ENDOVENOSO EN
URGENCIAS 346

O-1823

FIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO ICTUS
EN PREHOSPITALARIA 347

O-2128

PAUTAS MÓVIL DE INSULINA PARA EL MANEJO
DE LA HIPERGLUCEMIA: UN CONCEPTO ERRÓNEO 347

O-2186

OBJETIVO DE GLUCEMIA EN PACIENTES CON ICA
INGRESADOS EN UNA UCE PARA REDUCIR LA RECONSULTA
EN URGENCIAS TRAS EL ALTA..... 348

A-1726

ES JOVEN Y PUEDE SOPORTARLO 344

A-1745

EL TÉCNICO DE EMERGENCIAS SANITARIAS.
ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGO 344

O-2189

AUMENTO DE LA ESTANCIA MEDIA POR ICA EN LA
UCE SECUNDARIO A MAL CONTROL GLUCÉMICO
INTRAHOSPITALARIO 348

O-2251

CONTROL GLUCÉMICO DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA Y
RECONSULTA PRECOZ EN PACIENTES INGRESADOS EN UCE
POR UN PROCESO INFECCIOSO..... 349

O-2305

HEPATITIS AGUDAS EN URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO
DE UNA SERIE DE 168 CASOS..... 349

P-1748

DETERIORO DEL ESTADO GENERAL, UN MOTIVO DE
CONSULTA MUY FRECUENTE..... 350

P-1749

DOLOR ABDOMINAL APARENTEMENTE BANAL
CON DIAGNÓSTICO TUMORAL 350

P-1750

DOLOR ABDOMINAL JUNTO A CUADRO CONSTITUCIONAL .. 351



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1751

DOCTOR, TENGO LA PARTE DERECHA
DE LA CARA HINCHADA 351

P-1752

ERUPCIÓN CUTÁNEA, LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO
MANEJO 352

P-1753

EVENTOS CARDIOVASCULARES (ECV) EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE HIPOGLUCEMIA EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS 352

P-1754

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HELITRANSPORTE
DE PACIENTES CON ICTUS EN EXTREMADURA 353

P-1756

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA?
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR
SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL 353

P-1757

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MORALES
MESEGUER 354

P-1759

MIDAZOLAM VS. DIAZEPAM EN CONVULSIONES SIN VÍA
VENOSA DISPONIBLE 354

P-1764

MANEJO DE LA HIPERPOTASEMIA EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS 355

P-1773

CÓDIGO ICTUS QUE TERMINA EN LESIÓN OCUPANTE
DE ESPACIO CEREBRAL 355

P-1792

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA BILATERAL EN MUJER JOVEN:
DEBUT DE TUMOR DE KRUKENBERG 356

P-1798

NO SIENTO LA PIERNA 356

P-1802

ESTUDIO DE LOS PROCESOS NEUROLÓGICOS AGUDOS MÁS
FRECUENTES EN SUH SEGOVIA MEDIANTE LOS HALLAZGOS
DE LAS TAC CRANEALES 357

P-1808

PAPEL DEL MÉDICO DE URGENCIAS EN EL PACIENTE
ONCOLÓGICO 357

P-1819

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE POR DÉFICIT DE TIAMINA 358

P-1832

LUMBOCIÁTICAS, UN PROBLEMA DE SALUD
SIN RESOLVER 358

P-1879

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR METASTÁSICA.
LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE UN
SERVICIO DE URGENCIAS 359

P-1924

TROMBOPROFILAXIS EN FIBRILACIÓN AURICULAR.
CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS ESPECÍFICAS REFERIDAS
AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON
FIBRILACIÓN AURICULAR QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS ... 359

P-1932

INCIDENCIA DE LA ANAFILAXIA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS URBANO DE MADRID 360

P-1943

ALTERACIONES EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
DE PACIENTES CON HIPERPOTASEMIA ATENDIDOS
EN EL ÁREA DE URGENCIAS 360

P-1959

NEUMOPERICARDIO EN PACIENTE CON CARCINOMA
DE PULMÓN 361



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1975

TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS
EPILEPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS
(PROYECTO ACESUR) 361

P-1977

DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS
EPILEPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS
(PROYECTO ACESUR). 362

P-1980

ICTUS Y FIBRILACIÓN AURICULAR. IMPORTANCIA DE
UN ADECUADO TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO Y
MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL PACIENTE
CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO 362

P-1985

PERFORACIÓN GÁSTRICA EN PACIENTE CON BALÓN
INTRAGÁSTRICO 363

P-1990

ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS EPILEPTICAS
EN SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS Y
HOSPITALARIOS (PROYECTO ACESUR) 363

P-1991

MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON
HIPERPOTASEMIA ATENDIDOS EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS 364

P-1994

LA HIPERPOTASEMIA, UNA PATOLOGÍA DE URGENCIAS 364

P-2002

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
INGRESO HOSPITALARIO EN LAS DESCOMPENSACIONES
GLUCÉMICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
HOSPITALARIOS 365

P-2009

MENINGITIS LINFOCITARIAS. ¿SE PUEDE PREDECIR LA
INFECCIÓN VIRAL EN URGENCIAS? 366

P-2015

¿POR QUÉ ACUDEN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO? 366

P-2020

EVALUACIÓN CLÍNICA Y ESTACIONAL DE MENINGITIS
LINFOCITARIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO
EN MÁLAGA OESTE 367

P-2025

¿QUÉ PROVOCA LA CEFALEA EN JÓVENES QUE ACUDEN
AL SERVICIO DE URGENCIAS? 367

P-2037

ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: UN CASO DE DETERIORO
NEUROLÓGICO AGUDO 368

P-2039

NEUMONÍA ASOCIADA AL ICTUS HEMORRÁGICO 369

P-2077

IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR
EN LOS PACIENTES CON ICTUS 369

P-2120

DESCRIPCIÓN DE LAS COMPLICACIONES GLUCÉMICAS
DE PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN
DE URGENCIAS 370

P-2123

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y FACTORES DE RIESGO
MODIFICABLES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR CÓDIGO
ICTUS EN HOSPITAL COMARCAL DE OSUNA EN 2016-2017.
COMPARACIÓN CON ESTUDIO PREVIO DE 2012 370

P-2129

ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS Y REALIZACIÓN DE
FIBRINÓLISIS EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
COMARCAL DE OSUNA EN 2016-2017. COMPARACIÓN CON
ESTUDIO PREVIO DE 2012 371

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2139

ESTRATEGIA DE MANEJO PREHOSPITALARIO DEL PACIENTE
CÓDIGO ICTUS 371

P-2151

MEGACOLON TÓXICO SECUNDARIO A LA TOMA DE
LOPERAMIDA 372

P-2153

DOCTOR... ME MAREO ¿Y SI NO ES UN VÉRTIGO? 372

P-2162

ANGIOEDEMA OROFARÍNGEO. 373

P-2188

VÓMITOS Y ESTREÑIMIENTO NO SIEMPRE ES OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL 373

P-2216

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE POR VARICES
DEL ESTOMA 374

P-2236

TIME IS BRAIN 374

P-2239

¿UNA LUMBALGIA UNA EMERGENCIA? 375

P-2242

MARCHA INESTABLE Y ALGO MÁS 375

P-2280

DOCTOR, ME DUELE EL CUELLO 376

P-2333

PUNTO DE CORTE ÓPTIMO DE LA COLESTEROLEMIA PARA
PREDECIR LA OCURRENCIA DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL
DE TIPO HEMORRÁGICO EN PACIENTES DE 18 A 60 AÑOS DE
EDAD QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN UN HOSPITAL
DEL ESTADO DE SONORA 376

P-2343

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERPOTASEMIA
ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 377

P-2345

DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANTE
CONSULTA DE CEFALEA AGUDA NO TRAUMÁTICA EN
URGENCIAS 377

P-2347

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
URGENCIAS POR CRISIS CONVULSIVAS 378

P-2357

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES GRAVES
DIABÉTICAS: CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y ESTADO
HIPEROSMOLAR HIPERGLUCÉMICO 378

P-2390

NO PUEDO TRAGAR 379

P-2402

MÁS ALLÁ DEL MALESTAR GENERAL 379

P-2406

ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA:
A PROPÓSITO DE CINCO CASOS 380

P-2411

¿ES DETERMINANTE EL TIPO DE ANTICOAGULANTE
PARA DETERMINADAS HEMORRAGIAS? 380

A-1746

CÓDIGO ICTUS-CÓDIGO IAM
EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 381

A-1760

CUIDADOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y TERMINAL
EN URGENCIAS 381



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1812

DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS
EN EL SUH DE SEGOVIA 381

A-1813

LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESAN MÁS...
¿VERDAD O MENTIRA? 381

A-1826

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TCE EN URGENCIAS DE UN
HOSPITAL COMARCAL 381

A-1855

EL SEXO MATA 381

A-1982

HEMICOREA DE CAUSA POCO FRECUENTE 381

A-2044

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO DEL PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS 381

A-2081

INSULINA (AMIGO/ENEMIGO) 381

A-2146

EVALUACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL
EN EL AÑO 2016 TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO
ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 381

A-2184

ESTUDIO H2-DM2: INSULINIZACIÓN DE PACIENTES
DIABÉTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA
ESTANCIA. ¿QUÉ ANÁLOGO BASAL ELEGIR? 382

A-2341

HEMORRÁGICOS 382

A-2382

MAGNESIO, ¿CUÁNDO SOSPECHAR
QUE ESTÁ ALTERADO? 382

A-2446

UN DOLOR ABDOMINAL... Y ALGO MÁS 382



ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-2463

ESTUDIO DE CRIBADO TOXICOLÓGICO EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE CAN MISSES DEL 1 DE JUNIO AL 15 DE OCTUBRE DEL 2016 384

O-2488

EL PACIENTE INTOXICADO EN URGENCIAS: UN PERFIL HETEROGÉNEO 384

O-2492

INTOXICACIONES POR CÁUSTICOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DEL CAUSA ... 385

O-2497

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR SETAS 385

O-2508

MORTALIDAD INMEDIATA Y A LOS 30 DÍAS EN LAS INTOXICACIONES DIGITÁLICAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE CATALUÑA 386

O-2529

PICADURAS DE MEDUSA EN LA COSTA CATALANA. FACTORES METEOROLÓGICOS Y TERRITORIALES ASOCIADOS 386

P-2450

INTOXICACIONES VOLUNTARIAS EN URGENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO, EDAD Y TIPO DE TÓXICO 387

P-2451

CAUSAS Y SINTOMATOLOGÍA EN LAS INTOXICACIONES AGUDAS 387

P-2452

ELABORACIÓN GUÍA Y PÓSTER EVACUACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO 388

P-2453

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO/HUMO DE INCENDIOS: INDICADORES DE CALIDAD 388

P-2456

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO EN ESPAÑA 389

P-2458

INTOXICACIÓN AGUDA POR HIERRO. ACTITUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 389

P-2459

ANÁLISIS DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS POR TÓXICOS, DESDE LA VISIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS 390

P-2460

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS DE ABUSO: ¿LA DETERMINACIÓN IMPORTA? ... 390

P-2471

SÍNDROME DRESS POR CARBAMAZEPINA. A PROPÓSITO DE UN CASO 391

P-2476

INTOXICACIÓN POR CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH 391

P-2477

PICADURAS DE MEDUSAS Y OTROS ANIMALES ACUÁTICOS VENENOSOS: SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LOS SOCORRISTAS DE PLAYA EN CATALUÑA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS 392

P-2493

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO DURANTE EL AÑO 2016 392

P-2498

FÁRMACOS IMPLICADOS EN LAS INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ... 393





ÍNDICE TEMÁTICO

P-2507

DIFERENCIAS EN LA INTOXICACIÓN ENÓLICA AGUDA:
2010 VS. 2015-2016 393

P-2510

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES
DERIVADAS POR EL 112 A UN SERVICIO DE URGENCIAS DE
3.º NIVEL 394

P-2532

CUANDO LA PROFILAXIS FALLA APARECE LA TETANIA ... 394

P-2539

LA RESPUESTA DE LOS ESPECIALISTAS EN RIESGOS NRBQ,
PARA LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA 395

A-2455

PROTOCOLO DE LAVADO GÁSTRICO EN URGENCIAS DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA .. 395

A-2472

FALLO MULTIORGÁNICO A CONSECUENCIA DE LA
PREVENCIÓN 395

CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS
Y GINECOLÓGICAS

O-2550

APORTACIÓN DE UNA FOTOGRAFÍA EN LA TRANSFERENCIA
HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES POLITRAUMÁTICOS
PRIORIDAD 2 (PPT2) 397

O-2687

RELACIÓN ENTRE ESTABILIDAD HEMODINÁMICA,
PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA EN EL TRAUMA TORÁCICO
Y ABDOMINAL GRAVE 397

O-2694

DOLOR TORÁCICO Y *SHOCK*: NO TODO ES PATOLOGÍA
CARDIOVASCULAR AGUDA 398

O-2739

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN PACIENTES
ANTICOAGULADOS CON DICUMARÍNICOS 398

O-2785

ACTUACIÓN URGENTE EN UNA INVERSIÓN UTERINA
INTRAPARTO 399

P-2541

ACTUACIÓN EN EL TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR 399

P-2544

ANÁLISIS DE LOS PARTOS EXTRAHOSPITALARIOS ASISTIDOS
POR SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL 400

P-2545

ACTIVACIONES POR CÓDIGO PACIENTE POLITRAUMÁTICO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL 400

P-2546

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL BOX
DE REANIMACIÓN EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL 401



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2547

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL POLITRAUMATIZADO
EN URGENCIAS. 401

P-2548

¿TORNQUETES? ¿DÓNDE Y CUÁNDO?
EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO
EXTRAHOSPITALARIO 402

P-2549

¿LE DUELE O PARECE QUE LE DUELE? A PROPÓSITO
DE UN CASO 402

P-2559

DISTENSIÓN ABDOMINAL, PRIMER SÍNTOMA
DE UNA NEOPLASIA DE OVARIO 403

P-2560

PRECISIÓN PARA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DEL REVISED
INJURY SEVERITY CLASSIFICATION SCORE II Y DEL MODELO DE
PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE NAVARRA EN UNA MUESTRA
DE PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES ATENDIDOS POR EL
SISTEMA DE EMERGENCIAS DE NAVARRA 403

P-2583

CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LOS TCE MODERADOS
Y GRAVES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DURANTE UN AÑO 404

P-2591

ÍLEO BILIAR: CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO PRECOZ
EN URGENCIAS. 404

P-2613

ASISTENCIA DE PACIENTES DE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES
VÍCTIMA (IMV) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN
HOSPITAL COMARCAL 405

P-2626

DOCTOR: ¿TENGO EL CORAZÓN EN LA SIEN? 405

P-2652

MANEJO DEL TRAUMA GRAVE EN UN HOSPITAL COMARCAL:
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA 406

P-2679

LESIÓN MEDULAR DE ALTO IMPACTO EN UN DOMICILIO . . . 406

P-2682

EVALUACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA ACTIVACIÓN
DEL CÓDIGO POLITRAUMA 407

P-2684

GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE DIABÉTICO 407

P-2691

EVALUACIÓN DEL CÓDIGO PTT EN UN HOSPITAL
DE REFERENCIA 408

P-2696

LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA LIGADA A MECANISMO
LESIONAL EVITABLE 408

P-2721

TCE Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL: REVISIÓN DE CASOS EN
UN SERVICIO DE URGENCIAS 409

P-2727

FACTORES PREDICTORES DE LESIÓN INTRACRANEAL
HEMORRÁGICA EN PACIENTES QUE CONSULTAN
POR TCE LEVE 409

P-2728

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE
QUE PRESENTAN LESIONES INTRACRANEALES
HEMORRÁGICAS EN TAC 410

P-2742

ESTRATEGIAS DE REVERSIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES
EN PACIENTES CON TCE LEVE 410

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2744

FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE HEMATOMA ESPONTÁNEO DE MÚSCULO RECTO DEL ABDOMEN 411

P-2752

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE ATENDIDOS DURANTE UN AÑO NATURAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 411

P-2753

FACTORES ASOCIADOS A LESIONES INTRACRANEALES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O ANTIAGREGADOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO 412

P-2756

CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE SECUNDARIA A PARASITOSIS INTESTINALES 412

P-2775

PERFIL Y MANEJO DEL DOLOR OSTEOMUSCULAR EN URGENCIAS 413

P-2787

EL TORNQUETE EN EMERGENCIAS CIVILES EXTRAHOSPITALARIAS: ¿ALIADO O ENEMIGO? 413

A-2551

MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS 414

A-2579

CONTUSIÓN MIOCÁRDICA Y ÁNGOR HEMODINÁMICO EN HIPOTERMIA 414

A-2604

GOTAS DE GRASA EN HEMARTROS. FRACTURA DE LA MESETA TIBIAL 414

A-2606

FRACTURA DE JEFFERSON. FRACTURA A CONSIDERAR EN URGENCIAS 414

A-2608

ESTALLIDO OCULAR 414

A-2659

HIPOTERMIA, ¿ENEMIGO EN LAS COMPETICIONES DE MONTAÑA? 414

A-2698

DIAGNÓSTICO DE FRACTURA POR SORPRESA 414

A-2701

UN PUNTO DE VISTA DIFERENTE 414

A-2770

LA INTOXICACIÓN ETÍLICA COMO FACTOR DE RIESGO EN EL TRAUMATISMO CRANEAL 414

ÍNDICE TEMÁTICO

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

O-2796

APLICACIÓN DE DISPOSITIVOS PORTÁTILES DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS. 416

O-2798

¿MEJORA LA VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA PREVIA EL PRONÓSTICO DE LAS AGUDIZACIONES EN PACIENTES RESPIRATORIOS? 416

O-2806

FIABILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA TRANSCUTÁNEA COMO INDICADOR DE LA EFICACIA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA 417

P-2790

¿POR QUÉ NO POR LA NARIZ? 417

P-2791

BENEFICIOS DE UNA SEDACIÓN NO CONTINUADA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON UNA VÍA AÉREA ARTIFICIAL 418

P-2794

APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO PORTÁTIL DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO VYLIFE® EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMERGENCIAS 418

P-2797

PUNCIÓN ARTERIAL: ¿CON O SIN CLORURO DE ETILO? ESTUDIO ALEATORIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 419

P-2799

PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS Y SEMICRÍTICOS 419

P-2805

TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NASALES EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y ORDEN DE NO INTUBACIÓN 420

P-2807

UTILIDAD DEL VIDEOLARINGOSCOPIO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 420

P-2809

UN DOLOR FARÍNGEO ATÍPICO. 421

A-2789

ALGORITMO VMNI PARA UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 421

A-2793

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CPAP BOUSSIGNAC EN LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL ÁREA SANITARIA DE OSUNA 421

ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-5

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ECOCARDIOGRAMA DE URGENCIA COMO ELEMENTO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 423

P-6

ESCROTO AGUDO Y ECOGRAFÍA TESTICULAR 423

P-7

¿CÓLICO NEFRÍTICO? LAS VENTAJAS DEL ECO DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 424

P-10

ECOCARDIOGRAFÍA CLÍNICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DISNEA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 424

P-11

SÍNCOPE Y DISNEA: SI TIENES ECO, ¡ÚSALO! 425

P-14

PERFORACIÓN SUBAGUDA DE VENTRÍCULO DERECHO CON ELECTRODO DE FIJACIÓN ACTIVA. SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS 425

P-17

ROTURA SEPTAL VENTRICULAR. 426

P-18

MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA. UNA PRESENTACIÓN EN URGENCIAS 426

P-19

DISECCIÓN AÓRTICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA 427

P-20

DERRAME PERICÁRDICO, UN ENIGMA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS 427

P-21

MUJER JOVEN CON FIEBRE Y DOLOR EN FOSA RENAL DERECHA: NO TODO ES LO QUE PARECE 428

P-22

PACIENTE SÉPTICA Y LA IMPORTANCIA DE *POINT OF CARE ULTRASOUND* EN URGENCIAS 428

P-23

POINT OF CARE ULTRASOUND EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA 429

P-24

UTILIDAD DE POCUS EN LA PUERTA DE TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS 429

P-25

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL 430

P-26

EDEMA Y DOLOR EN PANTORRILLA: NO TODO ES TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA 430

P-27

TROMBOSIS Y RETROMBOSIS 431

P-28

UTILIDAD DE ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS 431

P-32

TRAUMATISMO COSTAL CON HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL 432

P-33

NEUMOTÓRAX CON DESPLAZAMIENTO MEDIASTÍNICO . . . 432

P-36

LUMBALGIA MECÁNICA: NO SIEMPRE ES UNA PATOLOGÍA BENIGNA. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA . . 433



ÍNDICE TEMÁTICO

P-39

ECOCARDIOGRAFÍA BÁSICA EN URGENCIAS,
ÚTIL Y SENCILLA EN MANOS DEL URGENCIÓLOGO 433

P-40

¿EDEMAS CON 20 AÑOS? CÓMO NOS AYUDA UNA ECOGRAFÍA
EN URGENCIAS. 434

P-41

¡MIRE CÓMO TENGO LA LENGUA, DOCTOR!
¿QUÉ ME PASA? 434

P-46

ACCIDENTE DE ESQUÍ 435

P-48

ECO KILLED THE PULSUS PARADOXUS STAR.
SIGNOS DE ALARMA EN LA ECOGRAFÍA
DEL TAPONAMIENTO CARDIACO 435

P-49

EL OJO LO VE, LA MANO LO SIENTE, LA ECO LO CONFIRMA.
SEUDOANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA RADIAL . . . 436

P-51

DIAGNÓSTICO DE UN CASO DE DISNEA SIN DIAGNÓSTICO
PREVIO EN UNA JAIMA DE LOS CAMPAMENTOS DE
REFUGIADOS SAHARAUIS 436

P-52

ME PINCHA EL CORAZÓN 437

P-53

MANEJO EVOLUTIVO CON ECOGRAFÍA DE LA PRESENCIA DE
INFARTO PULMONAR CON EDEMA PULMONAR EN PACIENTE
CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 437

P-54

DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO DE CARACTERÍSTICAS
PLEURÍTICAS EN PACIENTE MAYOR EN LOS CAMPAMENTOS
DE REFUGIADOS SAHARAUIS 438

P-55

HEMOPTISIS E IMAGEN EN SUELTA DE GLOBOS 438

P-56

CIRUGÍA, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CAMPAMENTOS DE
REFUGIADOS SAHARAUIS. A PROPÓSITO DE UN CASO 439

P-57

DIAGNÓSTICO DE PACIENTE CON DOLOR LUMBAR
EN UNA JAIMA EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS
SAHARAUIS 439

P-59

¿ESTAMOS ANTE UNA DISECCIÓN? 440

P-66

NO FUE SU DÍA 440

P-67

IMPORTANCIA DEL ECO FAST 441

P-68

DOLOR ABDOMINAL E IDENTIFICACIÓN DE MASA ABDOMINAL
MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN
CONSULTAS DE URGENCIAS 441

P-69

UN DERRAME PLEURAL PECULIAR 442

P-99

DE LA ECOGRAFÍA FAST AL QUIRÓFANO. 442

P-100

¿EL LEXATIN® ME VA A CALMAR? ANAMNESIS Y ECOGRAFÍA
COMO HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO 443

P-101

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN URGENCIAS,
APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO BLUE 443



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-104

DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA EN LOS BRAZOS? 444

P-110

ROTURA FÓRNIX RENAL DE CAUSA LITIÁSICA 445

P-111

VARÓN CON BRUCELOMAS HEPÁTICOS 445

P-113

BULTOS, BULTITOS Y BULTOMAS, EL CAPÍTULO ECOGRÁFICO
MÁS AGRADECIDO 446

P-114

¿QUÉ ES LO QUE LLEVA AHÍ ESCONDIDO? 446

P-116

ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTE CON DISNEA EN EL
BOX DE URGENCIAS: ¿CUÁNTO TIEMPO GANAMOS? 447

P-117

ECOGRAFÍA VASCULAR EN URGENCIAS.
SÍNDROME AÓRTICO AGUDO 447

P-118

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS:
A PROPÓSITO DE UN CASO 448

P-119

QUÉ MAREO Y DOLOR DE TRIPA TENGO 448

P-121

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS ESTADIO IV.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 449

P-122

6 H Y 6 T DE UNA EPIGASTRALGIA 449

P-127

DOLORES QUE ESCONDEN SORPRESAS 450

P-129

TENGO UN BULTO EN MI CUELLO 450

P-130

DERRAME PERICÁRDICO HEMÁTICO 451

P-131

DIAGNÓSTICO DE LA DISNEA EN URGENCIAS..... 451

P-128

PULMÓN BLANCO 452

P-132

SIN OLVIDARNOS DE LA SISTEMÁTICA 452

A-2

DISECCIÓN DE ANEURISMA DE AORTA COMO CAUSA
DE LUMBOCIATALGIA AGUDA. 453

A-8

ARTERITIS DE LA TEMPORAL CON PERMISO DEL DOPPLER
A PIE DE CAMA 453

A-9

ESTREÑIMIENTO. UN DESENLACE INESPERADO 453

A-29

A PROPÓSITO DE UN CASO, ESTUDIO DE UN SÍNCOPE .. 453

A-30

AQUÍ HUELE A *ECHINOCOCCUS* ENCERRADO 453

A-34

VÓLVULO RECURRENTE 453



ÍNDICE TEMÁTICO

A-35

NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO 453

A-37

ALERGIA CON ANGIOEDEMA O PATOLOGÍA TUMORAL NO
DIAGNOSTICADA 453

A-42

PACIENTE SANO CON LUMBALGIA 453

A-43

SERÁ LA GOTA... 453

A-47

UNA PATOLOGÍA MORTAL EN LA RADIOGRAFÍA
DE ABDOMEN 454

A-60

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS:
DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX.
A PROPÓSITO DE UN CASO 454

A-70

LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN PARA EL DIAGNÓSTICO. . . 454

A-71

NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS* Y PRIMOINFECCIÓN POR
VIH. IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX 454

A-72

FALSO NEGATIVO EN ECOGRAFÍA PARA DESCARTAR
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. 454

A-73

ANEURISMA INFRARRENAL COMPLICADO DIAGNOSTICADO
POR ECO EN PACIENTE CON ANTECEDENTES, CLÍNICA,
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS ANALÍTICOS COMPATIBLES CON
CÓLICO RENAL 454

A-75

INTERPRETACIÓN DE ARTEFACTOS ECOGRÁFICOS
EN PATOLOGÍA ABDOMINAL AGUDA. APROXIMACIÓN
DIAGNÓSTICA A LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL 454

A-78

VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN
URGENCIAS. DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO 454

A-79

DOLOR EN FOSA RENAL IZQUIERDA, ¿CÓLICO RENAL?
SORPRESAS EN LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS: SEMINOMA
QUEMADO 454

A-80

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN ENFERMEDAD
DE CROHN 454

A-82

USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.
CASO DE UNA SOSPECHA NO CONFIRMADA 455

A-93

UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL DIAGNÓSTICOS 455

A-97

¿ES ÚTIL LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN URGENCIAS PARA
DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL? 455

A-102

EL MÉDICO DE URGENCIAS Y EL RADIOLOGO: UN DÚO MUY
DINÁMICO 455

A-106

HEMATURIA EN URGENCIAS: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA
CLÍNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO 455

A-109

ECOGRAFÍA PULMONAR EN URGENCIAS EN LESIONES RADIO
OCULTAS 455

ÍNDICE TEMÁTICO

A-112

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO: PERICARDITIS VÍRICA COMPLICADA CON DERRAME CARDIACO Y ATELECTASIA PULMONAR 455

A-115

COLECISTITIS AGUDA EN URGENCIAS, DIAGNÓSTICO CON ECOGRAFÍA 455

A-134

ECOGRAFÍA URGENTE EN EL DOLOR ABDOMINAL. PACIENTE CON PARAGUAS Y GABARDINA 455

A-135

UNA ABDOMINALGIA POCO USUAL 455

A-137

ANEURISMA DE AORTA VS. METÁSTASIS CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 456

A-139

HEMATOMA MUSCULAR 456

A-140

NEUMOPERITONEO A TENSIÓN, ¿Y AHORA QUÉ? 456

A-141

¿CUÁNDO UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA NO ES UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA? 456

A-142

PRIORIDAD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ABDOMEN AGUDO 456

P-165

SÍNDROME DE BRUGADA Y DOBLE DESCARGA DEL DAI (DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTADO) 456

P-178

PROSPECCIÓN, LA ENFERMERÍA GUIADA POR ULTRASONIDO 457

P-207

CASO CLÍNICO: CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC), ALTERNATIVA PARA HOSPITAL DE DÍA DE URGENCIAS 457

P-213

PERFUSIÓN DE ESCOPOLAMINA. A PROPÓSITO DE UN CASO 458

P-243

LA CANALIZACIÓN VENOSA ECOGUIADA EN UN PACIENTE CON DIFÍCIL ABORDAJE 458

A-253

QUEMADURA IATROGÉNICA POSQUIRÚRGICA 458

P-396

CORRELACIÓN ENTRE ESCALA RACE Y DERIVACIÓN PARA INTERVENCIONISMO ENDOVASCULAR EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, COORDINADO DESDE LA SALA OPERATIVA SANITARIA DE REUS DEL SISTEMA DE EMERGÈNCIES MÈDIQUES DE CATALUNYA 459

P-416

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET): TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ... 459

P-424

CONFLICTO BIOÉTICO ENTRE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LA SALUD: A PROPÓSITO DE UN CASO 460

A-383

CUANDO YA NO PODEMOS SALVAR UNA VIDA... 460

A-438

ADENOPATÍAS INGUINALES. A PROPÓSITO DE UN CASO ... 460



ÍNDICE TEMÁTICO

P-470

UN CASO INFRECIENTE DE DIARREA EN NIÑOS:
DIARREA CLORADA CONGÉNITA 461

P-484

COMPLICACIONES TRAS UN TCE: SIADH EN PACIENTE
ANCIANO 461

P-486

CON OTRO AIRE 462

P-494

DOCTOR, ME ENCUENTRO MUY CANSADA. LA IMPORTANCIA
DEL ANCIANO FRÁGIL TAMBIÉN EN URGENCIAS 462

P-497

ABSCESO CEREBRAL SECUNDARIO A OMA 463

P-502

CUANDO ESPERAR SE CONVIERTE EN UNA URGENCIA .. 463

P-514

ESTATUS EPILÉPTICO EN UN NIÑO EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA 464

P-518

LESIONES CUTÁNEAS EN RELACIÓN CON EL FRÍO 464

P-520

NO TODO ES DERMATITIS ATÓPICA 465

P-532

LIMITACIÓN FUNCIONAL CERVICAL EXTREMA: PATOLOGÍA
MUSCULOESQUELÉTICA DE ORIGEN SISTÉMICO 465

P-535

MÁS ALLÁ DE LA FARINGOAMIGDALITIS 466

P-537

SÍNDROME DE AICARDI. UNA CAUSA INFRECIENTE
DE EPILEPSIA EN NIÑOS 466

P-538

DOCTORA, ME TIEMBLA EL CUERPO 467

P-541

REACCIÓN ACNEIFORME SEVERA 467

P-545

¿QUÉ FUE ANTES, EL HUEVO O LA GALLINA? A PROPÓSITO
DE UN PROBLEMA SOCIAL 468

P-546

DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA EN PACIENTE DE 90 AÑOS
TRAS TOMA DE LAXANTES..... 468

P-554

DISECCIÓN AGUDA DE AORTA EN MUJER JOVEN 469

P-558

DOCTOR, ¿POR QUÉ SE ME HA INFLAMADO LA LENGUA?. 469

P-559

INFLAMACIÓN CERVICAL ATÍPICA 470

P-560

FOSA ILÍACA DERECHA EN NIÑAS 470

P-561

NO ES UNA CONVULSIÓN CUALQUIERA... 471

P-569

ECTIMA GANGRENOSO EN NIÑA SANA SIN SEPTICEMIA,
A PROPÓSITO DE UN CASO 471

ÍNDICE TEMÁTICO

P-570

UNA FIEBRE MUY CURIOSA 472

P-571

UN TROMBOEMBOLISMO Y UNA EOSINOFILIA 472

P-572

MAMÁ, ME HE VUELTO A CAER..... 473

P-575

A PROPÓSITO DE UN CASO:
SÍNDROME PARKINSONIANO INFANTIL 474

P-576

VASCULITIS LEUCOCITOCILÁSTICA IDIOPÁTICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 474

P-577

TROMBOSIS PORTAL EN NIÑO DE 8 AÑOS DE EDAD 475

P-578

ANEMIA HEMOLÍTICA EN EL LACTANTE 475

P-583

UN EDEMA DE ÚVULA DIFERENTE 476

P-584

DELIRIUM EN PACIENTE ANCIANO 476

P-585

EL ALTO PRECIO DE EVITAR UN GOL 477

P-588

¡MAMÁ, ME HA CAMBIADO LA VOZ! 477

P-590

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH 478

P-591

ENFOQUE GLOBAL DEL PACIENTE POLIMEDICADO
DESDE URGENCIAS 478

P-592

DOCTOR, ME DUELE EL CUELLO 479

P-593

UN HEMOGRAMA REBELDE 479

P-594

PACIENTE ANCIANO CON CERVICALGIA TRAS CAÍDA
ACCIDENTAL 480

P-595

DOCTORA, ¿ES VARICELA? 480

P-596

SÍNDROME DE FREY EN LACTANTE 481

P-600

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD
DE KAWASAKI 481

A-458

CASO INFANTIL DE FIEBRE Y DISTENSIÓN ABDOMINAL 482

A-466

PELIGRO: ELECTRICIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO EN
PEDIATRÍA 482

A-472

UN EJEMPLO DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. SÍNDROME DE
GUILLAIN-BARRÉ 482

A-481

COLANGITIS ASOCIADA A ATRESIA DE VÍAS BILIARES.
A PROPÓSITO DE UN CASO 482

ÍNDICE TEMÁTICO

A-483

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO DE LA GEA EN PACIENTE
PEDIÁTRICO 482

A-488

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 482

A-489

MALFORMACIONES CONGÉNITAS, CAUSA DE PARADA
CARDIORRESPIRATORIA 482

A-492

CASO CLÍNICO: HERNIA DE MORGAGNI 482

A-495

ESTATUS CONVULSIVO EN LACTANTE 482

A-496

ECTOPIA RENAL CRUZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO 482

A-503

EL ENGAÑO DE UNA ISQUEMIA CRÍTICA AGUDA 483

A-513

DOLOR TORÁCICO "TÍPICO" EN PEDIATRÍA 483

A-515

CAÍDA DE UNA LITERA. TRAUMATISMO CRANEAL
PEDIÁTRICO 483

A-519

EL VALOR DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS 483

A-522

SÍNDROME PANDAS 483

A-534

TUMORACIÓN MAMARIA DE ORIGEN INFRECIENTE 483

A-539

ESTADO CREPUSCULAR: DEBUT POCO FRECUENTE DE UNA
CRISIS PARCIAL COMPLEJA 483

A-548

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ODINOFAGIA 483

A-552

ALTERNATIVAS AL MANEJO DE UN PACIENTE CON DERRAME
PLEURAL CRÓNICO MASIVO CON REFRECUENTACIÓN EN
URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO 483

A-553

¿MI HIJO ES ESQUIZOFRÉNICO O SON LOS PORROS? ... 483

A-563

DOCTORA, EL MEDICAMENTO NO ME HACE EFECTO 484

A-568

EL QUE BUSCA ENCUENTRA... LO QUE A VECES NO SE
ESPERA 484

A-589

MASTOIDITIS COALESCENTE AGUDA EN VARÓN
DE 4 AÑOS 484

A-598

TORTÍCOLIS CONGÉNITA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 484

A-601

URGENCIA PROGRAMADA 484

P-662

CENTRAL DE COORDINACIÓN PRIMERA ASISTENCIA
DE LOS SEM CON RCPT..... 484

ÍNDICE TEMÁTICO

P-689

HABLANDO DE LA MEDICACIÓN EN LA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA (SIR). A PROPÓSITO DE UN CASO 485

P-700

SÍNDROME QT LARGO ADQUIRIDO.
TORSADE DE POINTES 485

P-712

SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA CEREBRAL POST ACCIDENTE LABORAL 486

P-729

TORMENTA ELÉCTRICA. ¿QUÉ HACER? MÁS ALLÁ DE LAS GUÍAS ERC 486

P-734

ESPASMOS DE MUERTE. 487

P-752

TRIAJE Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN ACCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN AUTOVÍA EN A-IV 487

P-758

¿URGENCIA CONFUSIONAL? LA NEUROTOXICIDAD INDUCIDA POR OPIOIDES 488

P-759

SHOCK CARDIOGÉNICO. USO DE VÍA INTRAÓSEA: A PROPÓSITO DE UN CASO 488

P-771

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA 489

A-692

IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA 489

A-731

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CUADRO CLÍNICO POTENCIALMENTE FATAL 489

A-743

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EXTRAHOSPITALARIO 489

A-755

DOCTORA, ME HE PUESTO COMO UN CANGREJO Y CADA VEZ ME ENCUENTRO PEOR 489

A-760

INTOXICACIÓN OPIOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 489

P-778

INSUFICIENCIA CARDIACA: CASO CLÍNICO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 490

P-782

ENCEFALOPATÍA PRES. A PROPÓSITO DE UN CASO 490

P-786

URGENCIA CORONARIA. COMUNICACIÓN INEFICAZ 491

P-789

SE ME HA INFLAMADO EL ABDOMEN Y TENGO FIEBRE . . 491

P-790

DOCTORA, ME QUEDÉ PARALIZADO 492

P-791

PERDIENDO EL COMPÁS 492

P-792

PATRÓN DE BRUGADA DIAGNOSTICADO EN SERVICIO DE URGENCIAS 493



ÍNDICE TEMÁTICO

P-793

SÍNDROME DE WELLENS 493

P-794

MIOCARDITIS VS. SÍNDROME CORONARIO AGUDO 494

P-800

SCACEST FIBRINOLIZADO EN ZONA REMOTA 494

P-801

¿POR QUÉ ME NOTO INESTABLE Y CON DEBILIDAD EN LAS
PIERNAS? 495

P-802

DISECCIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA
COMO CAUSA DE ICTUS 495

P-803

LA IMPORTANCIA DE LA CELERIDAD EN LA ATENCIÓN DE
UN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y DEL
CONOCIMIENTO DE LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS PARA
MEJORAR LA MORBIMORTALIDAD 496

P-804

LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEL
PACIENTE CRÍTICO USANDO LA APROXIMACIÓN ABCDE. . 496

P-805

SÍNDROME DE KOUNIS, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE . . 497

P-808

DOCTORA, ¿POR QUÉ ORINO AIRE? 497

P-809

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE
SEGMENTO ST POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA INTRASTENT DE
DESCENDENTE ANTERIOR 498

P-824

SÍNCOPE CON PERFIL VASOVAGAL 498

P-825

TAQUICARDIA VENTRICULAR REFRACTARIA: UN CASO
PRÁCTICO DE DIFÍCIL MANEJO TERAPÉUTICO EXTRA E
INTRAHOSPITALARIO 499

P-826

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA EN
GESTANTE DE 29 SEMANAS 499

P-828

RESPUESTA INESPERADA 500

P-829

CUANDO LA CLÍNICA ES CONFUSA CONVIENE EXPLORAR
TODAS LAS POSIBILIDADES 500

P-830

PERICARDITIS COMPLICADA EN PACIENTE JOVEN 501

P-831

DIAGNÓSTICO ATÍPICO DE PLEXOPATÍA BRAQUIAL 501

P-832

ANEURISMA DISECANTE DE AORTA EN PACIENTE
DE 69 AÑOS 502

P-834

ELLOS NOS TRATAN DE ENGAÑAR 502

P-835

EXANTEMA ATÍPICO 503

P-836

DEL ASPECTO FÍSICO AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO 503

P-839

SÍNCOPE DE ESFUERZO EN CORREDOR
DE MEDIA MARATÓN 504

ÍNDICE TEMÁTICO

P-843

MIGRAÑA CON AURA 504

P-846

LA DEBILIDAD COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO INICIAL
EN ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA.
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ 505

P-849

MUERTE SÚBITA 505

P-856

¿CÓDIGO ICTUS O FALSA ALARMA? 506

P-865

DOBLE EMBOLISMO SISTÉMICO EN PACIENTE
SIN FIBRILACIÓN AURICULAR 506

P-866

DISFAGIA INTERMITENTE 507

P-870

FRACTURAS ÓSEAS COMO FACTOR DIAGNÓSTICO
DE UN LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES
EN UN VARÓN DE 30 AÑOS 507

P-872

¿CRISIS? ¿SÍNCOPE? NO OLVIDAR EL SÍNDROME
DE STOKES-ADAMS 508

P-873

DOCTOR, DÍGALE QUE NO ME OCURRE NADA 508

P-889

DESCARGAS MÚLTIPLES EN PACIENTES PORTADORES DE UN
DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: IMPORTANCIA
DE LA INTERROGACIÓN PRECOZ DEL DISPOSITIVO EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS 509

P-890

SÍNCOPE NEUROMEDIADO + FIEBRE = ¿SÍNDROME DE
BRUGADA? 509

P-891

DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS 510

P-892

DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO:
VÓLVULO INTESTINAL 510

P-894

NEUROMIOTONÍA ADQUIRIDA EN PACIENTE CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
(ISAAC'S SYNDROME) 511

P-896

DOLOR PERFIL CORONARIO/PERFIL PERICÁRDICO 511

P-897

¿UNA SIMPLE LUMBALGIA O ALGO MÁS? 512

P-929

HIPOCALCEMIA, ARRITMIAS Y ENFERMEDAD DE FAHR.
ASOCIACIONES Y COINCIDENCIAS 512

P-933

DOLOR TORÁCICO Y ¿TODO NORMAL?...
UN RETO DIAGNÓSTICO 513

P-934

DIARREA CRÓNICA: FACTOR DISPARADOR DE CRISIS
CONVULSIVAS 513

P-936

DOCTORA, ME ESTOY MAREANDO 514

P-937

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABUSO DE ERGOTAMINA. ... 515



ÍNDICE TEMÁTICO

P-938

PSICOSIS O NO PSICOSIS: HE AHÍ LA CUESTIÓN 515

P-942

SÍNDROME BULBAR SECUNDARIO A TROMBOSIS DE LA
ARTERIA VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO 516

P-943

FOCALIDAD NEUROLÓGICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN
DE NEOPLASIA PULMONAR 516

P-945

AFASIA DE BROCA COMO SÍNTOMA INICIAL DE INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO SILENTE 517

P-959

SÍNDROME DE WÜNDERLINCH 517

P-966

ANSIEDAD: LA GRAN ENMASCARADORA 518

P-968

ROTURA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL
EN PACIENTE GESTANTE, UNA URGENCIA COMPLEJA . . . 518

P-969

MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS E ICTUS. 519

P-970

PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO 519

P-973

LOS GUIANTES DE LA SUERTE 520

P-977

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO E ICTUS EN LA MISMA
ASISTENCIA INICIAL: DECISIONES EN EL MEDIO
EXTRAHOSPITALARIO 520

P-980

CAVERNOMATOSIS CON HEMORRAGIA PROTUBERANCIAL . . 521

P-985

SÍNCOPE, TRAUMATISMO FACIAL...
Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO 521

P-986

EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE BLOQUEO BIFASCICULAR
EN CONTEXTO DE UN CUADRO SINCOPAL 522

P-987

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE HIPONATREMIA
MEDICAMENTOSA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 522

P-988

COORDINACIÓN EN URGENCIAS EXTRA E
INTRAHOSPITALARIAS, GARANTÍA DE ÉXITO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 523

P-998

LA IMPORTANCIA DE CONOCER LA CLÍNICA, POR SENCILLA
QUE PAREZCA 523

P-1003

SÍNCOPE EN PACIENTE DE 85 AÑOS 524

P-1005

DOCTORA, NO PUEDO SEGUIR ASÍ 524

P-1008

¿ES ESTRÉS, DOCTORA? 525

P-1022

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA PATOLOGÍA ABDOMINAL . . . 525

P-1023

DOCTOR, NO PUEDO PONERME EN PIE 526

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1024

¿QUÉ SE ESCONDE TRAS EL DOLOR TORÁCICO? 526

P-1025

TAKOTSUBO POR HIPERTIROIDISMO 527

P-1027

DISFONÍA COMO SÍNTOMA DE SÍNDROME
AÓRTICO AGUDO 527

P-1028

RABDOMIOLISIS SEVERA TRAS EJERCICIO INTENSO
(*SPINNING*). CASO CLÍNICO EN URGENCIAS 528

P-1032

DE GASTROENTERITIS AGUDA (GEA) A TRASPLANTE
CARDIACO 528

P-1033

HOY ES DÍA DE SOFÁ... 529

P-1034

TU RITMO TE SINCOPA 529

P-1035

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN HOSPITAL SIN
HEMODINÁMICA, LOS DILEMAS EN LA REPERFUSIÓN ... 530

P-1036

SÍNCOPE Y ELECTROCARDIOGRAMA DE INFARTO...
NO ES TODO LO QUE PARECE 530

P-1037

DESACTIVANDO UN CÓDIGO ICTUS 531

P-1040

UNA ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA 531

P-1045

SÍNDROME DEL CORAZÓN HELADO 532

P-1046

UN DOLOR TORÁCICO ATÍPICO 532

P-1047

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS EN EL ECG BASAL,
A PROPÓSITO DE UN CASO 533

P-1048

ALTERACIÓN NEUROLÓGICA
EN ENFERMEDAD DE BEHÇET 533

P-1050

UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA
UN TANTO "PARTICULAR" 534

P-1051

LA TEORÍA DE LOS VASOS COMUNICANTES:
ETIOLOGÍA DE UNAS MELENAS 535

P-1053

DOLOR TORÁCICO CON DESENLACE FATAL 535

P-1055

UN CRU CASI MORTAL 536

P-1057

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS 536

P-1058

EL LOBO CON PIEL DE CORDERO 537

P-1059

EL MAGNESIO ME CONFUNDE 537



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1062

CÓDIGO IAM, NO TODO ES LO QUE PARECE 538

P-1064

¿POR QUÉ NO SE DEBERÍA SUBESTIMAR
UNA DORSALGIA? 538

P-1068

¿QUIÉN ME VA A CURAR EL CORAZÓN PARTÍO? 539

P-1074

COMA DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE
CON DÉFICIT DE ALFA1-ANTITRIPSINA 539

P-1075

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y... 540

P-1076

EL CASO MOSCHCOWITZ 540

P-1077

DOCTOR, ME MAREO 541

P-1078

MANEJO DE DOLOR INTERESCAPULAR DE CARACTERÍSTICAS
INESPECÍFICAS 541

P-1079

DOCTOR, YO ESTABA DORMIDO Y ME DESPERTÉ ASÍ 542

P-1082

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO SIGNO DE UNA
ENFERMEDAD DE BASE 542

P-1092

CLAUDICACIÓN CERVICAL Y DISNEA: MIASTENIA GRAVIS . . . 543

P-1094

LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA ANTICOAGULACIÓN
ANTE ARRITMIAS EMBOLÍGENAS 543

P-1096

ESTUDIO DE SÍNCOPE 544

P-1105

MIOCARDIOPATÍA TIROTÓXICA Y ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 544

P-1119

CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE NO EPILÉPTICO:
NO TODO ES NEUROLÓGICO 545

P-1121

ANEURISMA AORTOILIACO BILATERAL SINTOMÁTICO
CON RIESGO INMINENTE DE ROTURA 545

P-1122

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE JOVEN COMO
MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO 546

P-1126

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A 546

P-1128

MANEJO Y ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA . . . 547

P-1129

¿CÓMO DIAGNOSTICAR UNA COMUNICACIÓN
INTERAURICULAR A PARTIR DE UNA CRISIS
DE ANSIEDAD? 547

P-1134

UNA ARRITMIA LLAMADA LEUCEMIA 548

P-1141

¿DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA? 548



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1142

DOLOR CRÓNICO COMO SÍNTOMA GUÍA EN EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO 549

P-1145

PRÓTESIS A LA FUGA 549

P-1147

SCAEST DE PROBABLE ORIGEN FARMACOLÓGICO 550

P-1152

COCAÍNA. ¿DEL ÉXTASIS AL ÉXITUS? 550

P-1153

UN DERRAME PLEURAL POCO COMÚN 551

P-1156

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ SECUNDARIO A CARCINOMA SEROSO DE OVARIO 551

P-1161

PATRÓN DE BRUGADA EN DOLOR TORÁCICO 552

P-1164

PARÁLISIS VI PAR CRANEAL 552

P-1167

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: URGENCIA FATAL 553

P-1168

SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO ... 553

P-1172

DOCTOR, NO SE PREOCUPE, ES LA TENSIÓN Y SE ME PASA EN LA CAMA 554

P-1173

SÍNDROME DE KOUNIS 554

P-1182

UN FANTASMA EN LA RADIOGRAFÍA 555

P-1183

COMPLICACIONES EN EL SCA 555

P-1184

VALVULOPATÍA LATENTE, LA IMPORTANCIA DEL AHOGO.. 556

P-1185

SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR TRIPTANES. NECESIDAD DE ESTUDIOS ACTUALIZADOS 556

P-1186

ICTERICIA EN UN VARÓN DE 42 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO ... 557

P-1196

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO Y SU ABORDAJE INTEGRAL PREHOSPITALARIO E INTRAHOSPITALARIO. REPORTE DE UN CASO 557

A-773

MIOCARDIOPATÍA POSTPARTO: PATOLOGÍA INFRECIENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO 558

A-779

CÓDIGO CORAZÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 558

A-780

TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA EN PACIENTE CON SCAEST E IAM INFERIOR ANTIGUO 558

A-783

TORMENTA ARRITMOGÉNICA Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR REFRACTARIA TRAS PARADA CARDIACA. 558



ÍNDICE TEMÁTICO

A-785

MENINGITIS DECAPITADA, SECUNDARIA A OTITIS MEDIA
IZQUIERDA 558

A-795

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR
INCESANTE Y TAPONAMIENTO. 558

A-820

TETRAPARESIA AGUDA: OTRA CAUSA
A TENER EN CUENTA 558

A-821

BENDITO DÍMERO D 558

A-842

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UN CASO DE MIOCARDITIS
EN PACIENTE JOVEN 558

A-844

PERFORACIÓN GASTROINTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO.
TRASCENDENCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA 558

A-848

SÍNCOPE EN PACIENTE PORTADORA DE DAI
(DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE) 558

A-850

TAQUICARDIA REGULAR DE QRS ANCHO EN MUJER
DE 15 AÑOS 559

A-851

ROTURA ESPONTÁNEA ESOFÁGICA 559

A-852

DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA
A WOLF-PARKINSON WHITE 559

A-854

A PROPÓSITO DE UNA ASTENIA 559

A-855

ME DUELE LA CABEZA 559

A-857

UN DOLOR INSOPORTABLE 559

A-863

TORSADES DE POINTES: PRESENTACIÓN ATÍPICA 559

A-887

DORSALGIA: DE LA BANALIDAD A LA GRAVEDAD 559

A-901

TENGO MUCHO DOLOR...
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 559

A-903

SÍNDROME TAKO-TSUBO O CORAZÓN ROTO:
A PROPÓSITO DE UN CASO 559

A-904

MI CORAZÓN GRANDECITO 560

A-905

AUTOLESIÓN DELIBERADA EN PRESOS.
ALGO MÁS QUE UN MOTIVO DE CONSULTA 560

A-906

TENGO ¿VUELCOS? EN EL CORAZÓN 560

A-907

EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y LAS INMUNIZACIONES
ESTACIONALES (INFLUENZA) 560

A-910

HIPOGLUCEMIA GRAVE Y RECURRENTE 560



ÍNDICE TEMÁTICO

A-911

VARÓN DE 51 AÑOS CON ASTENIA 560

A-912

PR LARGO... Y PELIGROSO 560

A-913

SÍNDROME DE KOUNIS:
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO 560

A-916

CEFALEA Y DÉFICIT NEUROLÓGICO TRANSITORIO:
SÍNDROME DE HANDL 560

A-918

NO ME LLEVES EN TU BICICLETA..... 560

A-925

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST:
¿SÍNDROME DE TAKO TSUBO O TIROTOXICOSIS? 561

A-930

UN PASEO CON DOLOR TORÁCICO 561

A-931

DORSALGIA INESPERADA 561

A-932

ENDOSCOPIA TRAS CEVICHE 561

A-940

IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN EN OBSERVACIÓN
Y LA COLABORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO
DEL SÍNDROME DE MARCAPASOS 561

A-947

EPIGASTRALGIA COMO PRESENTACIÓN
DE INSUFICIENCIA CARDIACA 561

A-952

MENUDA TORMENTA 561

A-953

ANGOR VASOESPÁSTICO POR CARDIOTOXICIDAD
A QUIMIOTERÁPICO 561

A-954

CUADRO DE POLIARTRITIS EN PACIENTE HONDUREÑO
RECIÉN LLEGADO A ESPAÑA 561

A-960

MIOCARDIOPATÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA.
DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS 561

A-962

¿CUÁNTO MIEDO NOS DAN LAS TAQUICARDIAS
CON PREEXCITACIÓN? 562

A-971

FIBRILACIÓN AURICULAR INVERTIDA 562

A-975

LA INMIGRACIÓN NOS TRAE SORPRESAS.
LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA ANAMNESIS 562

A-978

SÍNCOPE TRAS NOCHE DE ALCOHOL Y COCAÍNA 562

A-989

DISNEA: INERCIA DIAGNÓSTICA 562

A-992

TAQUICARDIA FASCICULAR POSTERIOR 562

A-1001

TENGO LA FRECUENCIA CARDIACA COMO INDURAIN ... 562



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1002

QUISTE HIDATÍDICO COMO CAUSA
DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO 562

A-1009

MISCELÁNEA DE SÍNTOMAS COMO MANIFESTACIÓN
DE DISECCIÓN AÓRTICA 562

A-1010

SÍNDROME DE QT LARGO POR METADONA
Y ANTIRRETROVIRAL 562

A-1011

PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS 563

A-1012

VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE. ICTUS COMO FORMA DE
PRESENTACIÓN DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO 563

A-1013

NO ES SODIO TODO LO QUE RELUCE 563

A-1015

INDICACIÓN DE CATETERISMO URGENTE EN SÍNDROME
CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST)
ASOCIADO A ENCEFALOPATÍA ANÓXICA TRAS PARADA
CARDIORRESPIRATORIA 563

A-1018

DESPACITO, ME DUELE EL CORAZONCITO 563

A-1029

CRISIS COMICIALES Y HEMICOLECTOMÍA DERECHA
¿ES IMPORTANTE VIGILAR LOS IONES? 563

A-1041

MÁS ALLÁ DE LA SUPERFICIE,
LO QUE LA PATOLOGÍA CUTÁNEA PUEDE ESCONDER 563

A-1042

DISNEA EN UNA MUJER JOVEN DE CAUSA INHABITUAL 563

A-1043

LA PLACA DE ATEROMA: CULPABLE HASTA
QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO 563

A-1054

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN ¿CONOCEMOS SUS
INDICACIONES? 563

A-1056

NO ERA UN CORAZÓN GRANDE QUE NO ENTRABA EN LA
CAJA, ERA UN DERRAME PERICÁRDICO. 564

A-1060

LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO GUÍA FUNDAMENTAL
DEL MANEJO DEL PACIENTE EN URGENCIAS 564

A-1061

DOCTOR, NO VEO 564

A-1063

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA, PARECE PERO NO LO ES 564

A-1065

¡NO PUEDO TRAGAR! 564

A-1067

DOLOR TORÁCICO EN ADICTO A COCAÍNA 564

A-1071

MIOCARDITIS: SIMULANDO UN SÍNDROME CORONARIO
AGUDO 564

A-1083

HERIDA POR BROCA... ¿LEUCEMIA, DOCTORA? 564



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1084

PROGRESIÓN INESPERADA 564

A-1097

EPISODIO MANÍACO. NOS DEJAMOS LLEVAR 564

A-1098

EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN CONTEXTO DE FIBRILACIÓN
AURICULAR PAROXÍSTICA 565

A-1100

UN DOLOR DE CABEZA AGITADO 565

A-1101

LA GRAN SIMULADORA 565

A-1102

DEL CEREBELO AL PULMÓN 565

A-1103

DES-PA-CI-TO. EVOLUCIÓN BLOQUEO AV 565

A-1104

BRADICARDIA Y TAQUICARDIA EN UN MISMO PACIENTE ... 565

A-1106

UN DOLOR ABDOMINAL DIFERENTE 565

A-1107

NO TODO ERA RESPIRATORIO 565

A-1109

PARECE LO QUE NO ES.
SOSPECHA DE INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA 565

A-1120

DOS MINUTOS PARA TI, UNA VIDA PARA EL PACIENTE 565

A-1123

CEFALEA Y VÓMITOS EN PACIENTE CON ANTIAGREGACIÓN 566

A-1125

MALESTAR GENERAL EN PACIENTE DIABÉTICO 566

A-1127

DOLOR CENTROTORÁCICO AGUDO 566

A-1132

LA DISECCIÓN AÓRTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Y HOSPITALARIA 566

A-1135

AINE E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
¿VALORAMOS REALMENTE EL RIESGO? 566

A-1136

CEREBRO Y CORAZÓN: EN LA OBLIGACIÓN
DE ENTENDERSE 566

A-1143

A PROPÓSITO DE UN CASO:
ARRITMIA EN ANOMALÍA DE EBSTEIN 566

A-1149

FA Y SEPSIS 566

A-1151

VÍSTEME DESPACIO... IAM CON TROPONINAS LENTAS... 566

A-1155

HEPATOPATÍA CRÓNICA CANSADA 566

A-1162

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA,
¿CARDIOLÓGICA O RESPIRATORIA? 566

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1163

EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA
EN URGENCIAS 567

A-1166

DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS AGUDA 567

A-1171

COMPLICACIONES GRAVES POR UN MAL CONTROL
IÓNICO-METABÓLICO 567

A-1174

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST
EN PACIENTE SIN/CON FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR 567

A-1177

BUSCANDO LA CAUSA DEL ICTUS 567

A-1181

DOBLE OCLUSIÓN CORONARIA POST PRUEBA DE ESFUERZO
NEGATIVA 567

A-1188

EL PACIENTE COMO UN TODO 567

A-1189

UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DISECCIÓN AÓRTICA 567

A-1192

DOLOR TORÁCICO AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO 567

A-1193

ANEMIAS QUE DUELEN EN EL CORAZÓN,
LA IMPORTANCIA DE UNA VISIÓN INTEGRAL 568

A-1194

LA CALIBRACIÓN DEL EKG,
UN PARÁMETRO A TENER EN CUENTA 568

A-1195

SIADH EN CONTEXTO DE INFECCIÓN SISTÉMICA:
A PROPÓSITO DE UN CASO 568

P-1201

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL.
MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA DEL PACIENTE VIH 568

P-1206

A PROPÓSITO DE UN SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO 569

P-1208

FIEBRE SIN FOCO 569

P-1209

LA MIGRACIÓN DEL COCO 570

P-1211

ENFERMEDAD DE MONDOR 570

P-1213

DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO 571

P-1214

HEMOPTISIS EN URGENCIAS EN UN CASO DE
MALFORMACIÓN CONGÉNITA TIPO SECUESTRO INTRALOBAR
EN PACIENTE DE ORIGEN ASIÁTICO 571

P-1217

SHOCK SÉPTICO FULMINANTE Y HEMÓLISIS MASIVA
SECUNDARIOS A INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM*
PERFRINGENS 572

P-1219

HEMOPTISIS Y MASA PULMONAR. LAS APARIENCIAS
ENGAÑAN 572

P-1220

¿SEGURO QUE SOLO ES UNA GASTROENTERITIS? 573



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1223

DE LA DISFAGIA AL QUIRÓFANO... HAY UN PASO 573

P-1224

ENDOCARDITIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO
EN URGENCIAS 574

P-1226

CHANCRO SIFILÍTICO EN AMÍGDALA 574

P-1227

A PROPÓSITO DE UN CASO: EMBOLISMOS SÉPTICOS
SECUNDARIOS A ENDOCARDITIS OCULTA 575

P-1228

TUMOR DE POTT: UNA PRESENTACIÓN INFRECIENTE
DE LA SINUSITIS AGUDA. 575

P-1229

MASA EN FLANCO DERECHO DE CAUSA POCO HABITUAL. 576

P-1230

TUBERCULOSIS MILIAR.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 576

P-1231

¡MUCHO SUDAR Y POCO VIAJAR! 577

P-1232

CUIDADO CON LA OTITIS. 577

P-1233

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS, ENTIDAD POCO
FRECIENTE A TENER EN CUENTA 578

P-1234

ÉMBOLOS SÉPTICOS PULMONARES POR PICC
(O URGENCIAS TAMBIÉN RESUELVE YATROGENIA). 578

P-1237

¿MI FIEBRE Y MI DISNEA PUEDEN SER UN TEP,
DOCTORA? 579

P-1241

MAL DE POTT EN URGENCIAS 579

P-1242

BLOQUEOS DE RAMA DERECHA E IZQUIERDA
ALTERNANTES COMO PRESENTACIÓN DE UNA
ENDOCARDITIS INFECCIOSA 580

P-1249

UN JOVEN APARENTEMENTE SANO 580

P-1251

CÓDIGO SEPSIS 581

P-1253

NEUMOTÓRAX POSTRAUMÁTICO:
CONSULTA A URGENCIAS POR DOLOR TORÁCICO
SIN DISNEA 581

P-1255

LINFADENITIS CERVICAL TUBERCULOSA.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 582

P-1256

BUSCANDO LA ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
GLOBAL (IRG). A PROPÓSITO DE UN CASO 582

P-1257

JOVEN CON FIEBRE INTERMITENTE Y ANEMIA 583

P-1258

INFECCIONES POR RICKETTSIAS,
UN MOTIVO DE FIEBRE EN URGENCIAS 583

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1259

DEBILIDAD GENERALIZADA Y ASTENIA EN EL PACIENTE
ANCIANO 584

P-1260

DOLOR ABDOMINAL ATÍPICO 584

P-1262

INFARTO ESPLÉNICO COMO CAUSA POCO FRECUENTE
DE FIEBRE 585

P-1263

FIEBRE Y ADENOPATÍAS, ¿QUÉ ES ESTO QUE
ME HA SALIDO? 585

P-1264

ISQUEMIA CEREBRAL CRIPTOGENICA 586

P-1265

VALORACIÓN DE DISNEA SÚBITA EN URGENCIAS 586

P-1273

BRAZO DERECHO INFLAMADO EN PACIENTE JOVEN. 587

P-1277

DOCTOR NO PUEDO ABROCHARME LOS BOTONES DE LA
CAMISA 587

P-1280

SEPSIS NEUMOCÓCICA GRAVE EN PACIENTE
CON LINFOMA DE HODGKIN 588

P-1284

ENDOCARDITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO 588

P-1292

¡EL QUE BUSCA HALLA! 589

P-1316

DISOCIACIÓN CLÍNICO RADIOLÓGICA 589

P-1317

CUANDO UNA DISFONÍA ES IMPORTANTE 590

P-1318

UN EXTRAÑO DOLOR EN EL CUELLO 590

P-1320

CAUSA INFRECUENTE DE CIATALGIA. A PROPÓSITO
DE UN CASO 591

P-1321

PERFORACIÓN CONTENIDA DE AI TRAS ABLACIÓN DE VENAS
PULMONARES. A PROPÓSITO DE UN CASO 591

P-1322

UN PACIENTE CON MALA PATA 592

P-1323

NO ES UNA SIMPLE DISNEA 592

P-1324

TROMBOSIS VENA OVÁRICA DERECHA 593

P-1325

UNA DISNEA DE LIBRO 593

P-1326

GRAN ABSCESO RETROFARÍNGEO 594

P-1341

CEFALEA RECURRENTE EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO
DE LINFOMA NO HODGKING 594

P-1342

NO SIEMPRE ES INFECCIÓN DE ORINA 595



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1345

NEUMONÍA ORGANIZATIVA SECUNDARIA A TOXICIDAD
POR CITOSTÁTICOS 595

P-1346

PACIENTE CON ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE NEUMONÍA
Y DIAGNÓSTICO FINAL DE EMBOLIA PULMONAR 596

P-1348

CUANDO LA LUMBALGIA NO ES LO QUE PARECE 596

P-1350

Y PARECÍA UN SIMPLE DOLOR ABDOMINAL... 597

P-1351

ME FALTA EL AIRE... Á PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO ... 597

P-1352

TAQUICARDIA SINUSAL APROPIADA
(O LOS ÁRBOLES IMPIDEN VER EL BOSQUE) 598

P-1393

ALGO MÁS QUE UN DOLOR DE GARGANTA..... 598

P-1399

IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL 599

P-1401

SEPSIS RESPIRATORIA, ALGO MÁS QUE UNA NEUMONÍA .. 599

P-1403

HOY NO ME PUEDO LEVANTAR..... 600

P-1404

DOCTOR, LA GASTROENTERITIS ME DA DOLOR
EN EL PECHO 600

P-1412

UNA NEUMONÍA MUY ATÍPICA 601

P-1413

PARACA CARDIACA POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
(TEP) BILATERAL MASIVO 601

P-1414

EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO,
SU CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA 602

P-1421

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA COMO EXPRESIÓN
DE ENCEFALOMIELITIS 602

P-1436

MEDIASTINITIS POR CUERPO EXTRAÑO 603

P-1437

FASCITIS NECROTISANTE TIPO I: GANGRENA DE FOURNIER.
A PROPÓSITO DE UN CASO 603

P-1439

PLEURITIS GRANULOMATOSA ATÍPICA 604

P-1440

CELULITIS PRESEPTAL 604

P-1441

HALLAZGO CASUAL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
DURANTE ANGIOTAC PROGRAMADA PARA ESTUDIO
DE INSUFICIENCIA AÓRTICA 605

P-1442

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA EMBOLIA? 605

P-1444

UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE 606



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1446

LA FIEBRE DEL CORAZÓN 606

P-1447

ROTURA DE CUÁDRICEPS BILATERAL COMPLICADA
CON UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 607

P-1448

DE LA CONTRACTURA MUSCULAR AL TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR 607

P-1449

NEFRONÍA RENAL, UNA URGENCIA NO TAN FRECUENTE . . 608

P-1450

SÍNDROME DE LEMIERRE. UNA TROMBOFLEBITIS SÉPTICA
DE DIAGNÓSTICO INUSUAL EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS HOSPITALARIOS 608

P-1452

ENCEFALITIS CON LESIÓN REVERSIBLE DE ESPLENIO
DEL CUERPO CALLOSO 609

P-1453

MIOSITIS NECROTIZANTE CON ABSCESOS:
A PROPÓSITO DE UN CASO 609

P-1456

ABSCESO PULMONAR CON COLECCIONES
PLEURALES ASOCIADAS 610

P-1457

VÍA AÉREA DIFÍCIL POR EPIGLOTITIS AGUDA DEL ADULTO . . 610

P-1458

NEUMONÍA VARICELOSA EN EL ADULTO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 611

P-1460

LA IMPORTANCIA DE LA 5.ª PATA DEL GATO EN MEDICINA . . 611

P-1461

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD,
LA CULPA DE LAS PALOMAS 612

P-1462

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TROMBOSIS AÓRTICA AGUDA . . 612

P-1463

NEOPLASIA PULMONAR. OTRAS FORMAS
DE PRESENTACIÓN 613

P-1464

EL DOLOR ABDOMINAL DE OCKHAM 613

P-1466

CUÁNTO TIEMPO SIN VER ESTAS LESIONES 614

P-1467

PARAPARESIA SECUNDARIA A ESPONDILODISCITIS 614

P-1468

DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA POCO FRECUENTE 615

P-1470

MUJER DE 69 AÑOS, ONCOLÓGICA CON DISNEA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 615

P-1471

UN ESGUINCE DIFERENTE 616

P-1472

CONTRACTURA CERVICAL 616

P-1473

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 617

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1476

QUÉ MAL HUELEN LOS BAJOS 617

P-1477

FALLECIMIENTO TRAS MORDEDURA DE GATO 618

P-1478

TÉTANOS POR PINCHAZO CON UN ROSAL 618

P-1491

FASCITIS NECROTIZANTE COMO DEBUT
DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA 619

P-1495

ME CANSO HIJA MÍA 619

P-1496

COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y VASCULARES EN ADICTOS
A DROGAS VÍA PARENTERAL 620

P-1499

STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS Y TOMOGRAFÍA AXIAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO 620

P-1501

BULLA GIGANTE 621

P-1502

RIESGO EN EL PERIODO VENTANA
DE LA ANTICOAGULACIÓN 621

P-1503

LA PUNCIÓN LUMBAR, UNA PRUEBA SIEMPRE A TENER
EN CUENTA ANTE CLÍNICA NEUROLÓGICA 622

P-1504

MUJER DE 48 AÑOS QUE CONSULTA POR DISNEA BRUSCA TRAS
INICIO DE TRATAMIENTO CON ÁCIDO TRANEXÁMICO. 622

P-1506

TROMBOSIS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA
POR UN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO 623

P-1508

CUANDO EL *GOLD STANDARD* FALLA 623

P-1509

REQUIEM POR UN SUEÑO 624

P-1532

DOCTOR, CONFÍE EN MI, YO SIEMPRE RESPIRO ASÍ 624

P-1534

DE UN SIMPLE CUADRO CATARRAL A UNA EMERGENCIA
VITAL 625

P-1537

TROMBOSIS SÉPTICA DE SENO CAVERNOSO 626

P-1550

ADENOPATÍAS, FIEBRE NOCTURNA Y SÍNDROME
CONSTITUCIONAL EN PACIENTE JOVEN 626

P-1551

ENDOCARDITIS INFECCIOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO
CLÍNICO 627

P-1552

MIOSITIS ABSCESIFICADA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO 627

P-1553

MÁS VALE LLEGAR A TIEMPO QUE RONDAR 100 AÑOS 628

P-1554

PROSTATITIS COMPLICADA 628



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1555

UNA VEZ DESCARTADO LO IMPOSIBLE, LO QUE QUEDA,
POR IMPROBABLE QUE PAREZCA, DEBE SER LA VERDAD . . . 629

P-1556

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN VARÓN JOVEN . . . 629

P-1557

PRIMERO ACUPUNTURA, LUEGO NEUMOTÓRAX 630

P-1558

LA CAUSA DE LA CAUSA 630

P-1564

ESTE DOLOR NUNCA LO HABÍA TENIDO ANTES 631

P-1566

CUIDADO CON LO QUE BUSCAS 631

P-1571

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA EN PACIENTES
CON ANSIEDAD 632

P-1573

EDEMA DE BRAZO Y FEBRÍCULA EN PACIENTE
CON MARCAPASOS 632

P-1586

POR EL RABILLO DEL OJO 633

P-1588

BLACK OR WHITE 633

P-1589

SOPLO Y FIEBRE: UN RETO DIAGNÓSTICO 634

P-1590

MIOPERICARDITIS EN ADOLESCENTE COMO COMPLICACIÓN
DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA SECUNDARIA A INFECCIÓN
POR VIRUS EPSTEIN-BARR 634

P-1591

MANCHAS DE ROTH EN RELACIÓN CON UNA LEUCEMIA
AGUDA 635

P-1598

LA DISNEA DE LAS MIL CARAS 636

P-1599

¿LA SUTILEZA DE LOS PEQUEÑOS DETALLES, EL MÉDICO DE
URGENCIAS COMO SOSPECHADOR DE LO INFRECLENTE? . . 636

P-1601

SOSPECHA DE SEPSIS DE ETIOLOGÍA INCIERTA 637

P-1602

MUJER CON HEMOPTISIS Y FRACASO RENAL AGUDO . . . 637

P-1603

UN HONGO CON MÁS DE 100 AÑOS DE HISTORIA 638

P-1604

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE
CONSUMIDOR DE COCAÍNA 638

P-1606

SEPSIS TROPICAL 639

P-1607

GRANJERO BUSCA ETIOLOGÍA INFECCIOSA:
CUANDO LA ANAMNESIS TE MUESTRA EL CAMINO... 639

P-1608

¡CUIDADO! LA VARICELA SE COMPLICA EN EL ADULTO 640



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1609

FÍSTULA BRONCO-PLEURAL EN PACIENTE
NEUMONECTOMIZADO 640

P-1610

¿POR QUÉ UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ES ÚTIL EN UN
DOLOR ABDOMINAL? A PROPÓSITO DE UN CASO 641

P-1611

LA FIEBRE VIAJERA 641

P-1614

NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA 642

P-1644

¿A CEFALÉAS NECIAS, OÍDOS SORDOS? ¡OJO! 642

P-1646

¡ESTO SE NOS COMPLICAR! 643

P-1647

NEUTROPENIA POR PALIPERIDONA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 643

P-1650

DISNEA Y DOLOR TORÁCICO EN GESTANTE 644

P-1653

EN BUSCA DEL TROMBO PERDIDO 644

P-1654

¿QUÉ SOSPECHAR ANTE UN VIAJERO CON ALTERACIÓN DEL
NIVEL DE CONCIENCIA? 645

P-1655

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ÉMBOLOS SÉPTICOS
PULMONARES SIN FOCO CONOCIDO 645

P-1656

ALTERACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTE SIN
ENFERMEDADES 646

P-1657

SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR EN PACIENTE
CON LINFOMA DE CÉLULAS B INCLASIFICABLE 646

P-1660

TROMBOSIS PORTAL EN PACIENTE CON HEPATOPATÍA
CRÓNICA 647

P-1661

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA A CATÉTER.
UN MAL SITIO. A PROPÓSITO DE UN CASO 647

P-1662

DISNEA EN VARÓN DE 16 AÑOS.
A PROPÓSITO DE UN CASO 648

P-1674

UNA CONGESTIÓN NASAL QUE ACABA EN EL QUIRÓFANO .. 648

P-1675

NEOPLASIA OCULTA 649

P-1676

UNA TOS QUE NO VEAS 649

P-1677

DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE URGENCIAS:
PARÁLISIS RECURRENCIAL IZQUIERDA 650

P-1678

VARÓN DE 59 AÑOS CON DISNEA Y DOLOR TORÁCICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 650

P-1679

HAY UN AMIGO EN MÍ 651

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1680

SOÑÉ QUE ME MORDÍA UNA SERPIENTE 651

P-1681

RECANALIZACIÓN ESPONTÁNEA DE TROMBOSIS BASILAR
EN CONTEXTO DE CRISIS HIPERTENSIVA INDUCIDA POR
EPINEFRINA. REPORTE DE UN CASO 652

P-1684

SHOCK SÉPTICO EN PACIENTE CON APLASIA MEDULAR
DE ORIGEN DESCONOCIDO, EL MÁS DIFÍCIL TODAVÍA ... 652

P-1685

TROMBOSIS VENOSA YUGULAR: PRIMER SÍNTOMA 653

P-1686

EL PANÍCULO ADIPOSO ES MUY PELIGROSO 653

P-1691

TUMEFACCIÓN Y ERITEMA LATEROCERVICAL 654

P-1696

FALLO MULTIORGÁNICO Y EXITUS..
LA AUTOPSIA REVELÓ UNA SORPRESA 654

P-1697

NEUMONÍA INTERSTICIAL AGUDA POR GRIPE A.
A PROPÓSITO DE UN CASO 655

P-1698

CUANDO EL MOCO ES COÁGULO 656

P-1699

ENDOCARDITIS POSQUIRÚRGICA:
MÁS FRECUENTE DE LO HABITUAL 656

P-1704

QUE NIVEL!!! 657

P-1714

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASOCIADO A MALARIA ... 657

P-1715

CÓMO UNA INMUNOSUPRESIÓN PUEDE MARCAR UN ANTES
Y UN DESPUÉS EN EL SÍNDROME MONONUCLEÓSICO 658

P-1716

EL RIESGO DEL PORTADOR DE RESERVORIO 658

P-1718

NO TODA LA TOS ES UN CATARRO 659

P-1720

DEBUT DE SÍNDROME RENO-PULMONAR EN URGENCIAS .. 659

P-1721

TOMAR O NO TOMAR... ESA ES LA CUESTIÓN 660

P-1722

LAS COMPLICACIONES DE LA PUNCIÓN SECA 660

P-1723

UNA BUENA EXPLORACIÓN A VECES NO ES SUFICIENTE ... 661

P-1725

NEUMONÍA ORGANIZANTE CRIPTOGENÉTICA:
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IMPORTANCIA
DE SU SOSPECHA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO 661

P-1733

UNA ALTERNATIVA POTENCIALMENTE MORTAL 662

P-1739

FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO 662

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1198

COMPLICACIÓN EN EL PACIENTE CON VIH.
LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA 663

A-1200

NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS CARINII*. GRACIAS A ÉL
DIAGNOSTICAMOS A UN PACIENTE EL VIH 663

A-1236

EMBOLISMO PARADÓJICO. A PROPÓSITO DE UN CASO 663

A-1246

INGESTA MEDICAMENTOSA: SE ESCONDE ALGO MÁS 663

A-1248

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER. A PROPÓSITO
DE UN CASO 663

A-1266

ESPLENOMEGALIA Y FIEBRE 663

A-1267

LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA PACIENTE CON FIEBRE . . . 663

A-1269

TVP (TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA): OTRAS CAUSAS
NO COMUNES 663

A-1270

MASA AXILAR DIFÍCIL DE FILIAR 663

A-1271

TUMEFACCIÓN CERVICAL, CELULITIS O TROMBOSIS YUGULAR
EN PACIENTE CON CATÉTER CENTRAL 663

A-1272

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR Y TROMBOSIS DE LA
YUGULAR, ¿CÓMO SOSPECHARLO? 664

A-1274

COMPLICACIONES TARDÍAS DE UN TRÁFICO 664

A-1275

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO SECUNDARIO
A TROMBOSIS INDUCIDA POR HEPARINA DE BAJO PESO
MOLECULAR 664

A-1282

SEPSIS FULMINANTE POR *PASTEURELLA MULTOCIDA* EN
PACIENTE CON ENOLISMO CRÓNICO 664

A-1283

NO SIEMPRE ES TEP 664

A-1286

SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO:
MÁS ALLÁ DE LO FARMACOLÓGICO 664

A-1287

LA IMPORTANCIA DE LOS GASES: INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA GLOBAL SECUNDARIA A SÍNDROME
DE OGILVIE 664

A-1293

ETIOLOGÍA EDEMA FACIAL 664

A-1294

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR
IZQUIERDA (SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER) 664

A-1295

COMPLICACIÓN DISTAL DE UN ANEURISMA DE AORTA
ABDOMINAL 664

A-1298

LAS GUARDERÍAS SON UN ARMA BIOLÓGICA 665

A-1300

SEPSIS FULMINANTE POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS* . . . 665



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1309

ME HE LEVANTADO CON MAREO Y VISIÓN DOBLE 665

A-1313

MUCORMICOSIS RENAL GRAVE 665

A-1314

MIOCARDITIS AGUDA DE ORIGEN FÚNGICO 665

A-1335

PACIENTE EPOC CON DISNEA Y FIEBRE 665

A-1343

LA CEFALEA VA A MÁS 665

A-1344

EL HERPES ZOSTER COMO PISTA DIAGNÓSTICA 665

A-1353

DOLOR GENERALIZADO DE DÍAS NO ES UNA TONTERÍA. . 665

A-1354

MENINGITIS POR COLESTEATOMA 665

A-1357

DOLOR TORÁCICO Y DEBILIDAD EN EXTREMIDADES:
ISQUEMIA MEDULAR. 666

A-1358

DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR Y ENDOCARDITIS 666

A-1359

NO PUEDO MÁS CON ESTE DOLOR. 666

A-1361

UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX INUSUAL. 666

A-1362

FIEBRE COMO SIGNO DE ALARMA EN LUMBALGIA 666

A-1363

NO ES OTRO CATARRO MÁS NI ESTÁ NERVIOSO 666

A-1369

NO TODA CERVICALGIA ES OSTEOMUSCULAR. CUIDADO ... 666

A-1371

DISNEA CRÓNICA EN URGENCIAS 666

A-1372

MENINGITIS POR *STREPTOCOCCUS SUI* EN PACIENTE
INMUNOCOMPETENTE 666

A-1375

TROMBOSIS MIEMBRO SUPERIOR DE REPETICIÓN EN MUJER
JOVEN, SIN DATOS DE HIPERCOAGULABILIDAD 666

A-1395

DEPRESIÓN MORTAL 667

A-1396

¿UN CÁNCER DE ORIGEN VÍRICO? 667

A-1398

PSITACOSIS: EL PELIGRO ESTABA EN EL ARMARIO 667

A-1402

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE CON DIAGNÓSTICO
DE ABSCESO ESPLÉNICO ¿SIEMPRE ES DE ORIGEN
INFECCIOSO? 667

A-1407

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO Y FIEBRE 667



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1419

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MONOARTRITIS
EN URGENCIAS 667

A-1420

MIXOMA AURICULAR Y TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR
EN URGENCIAS 667

A-1425

SARAMPIÓN: UNA ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA A TENER
EN CUENTA 667

A-1431

ESCOMBROIDOSIS 667

A-1433

CALCIFICACIONES MUSCULARES MÚLTIPLES 667

A-1443

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEOPLASIA DE PULMÓN ... 668

A-1451

TROMBOSIS DE AORTA POSTRAUMÁTICA 668

A-1454

TRAS UNA INTERVENCIÓN UROLÓGICA
NO PUEDO CAMINAR 668

A-1455

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE PRESENTACIÓN
ATÍPICA 668

A-1459

ENFERMEDAD DE LYME: A PROPÓSITO DE UN CASO 668

A-1479

ERITEMA FACIAL 668

A-1480

DOCTORA, ME PICA TODO EL CUERPO 668

A-1481

DOCTOR, ME DUELE EL PECHO Y EL BRAZO DERECHO 668

A-1484

TROMBOSIS EN VENA PORTA, MESENTÉRICA SUPERIOR
Y ESPLÉNICA TRAS INTERVENCIÓN POR APENDICITIS
COMPLICADA CON PERITONITIS 668

A-1487

VMNI EN CRISIS ASMÁTICA GRAVE.
A PROPÓSITO DE UN CASO 668

A-1488

HERNIA VESICAL Y SEPSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO
CLÍNICO 668

A-1490

SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN INCIERTO 669

A-1493

DE LA PIEL AL DIAGNÓSTICO. 669

A-1498

¿NESTING?, SALIR A LA CALLE ES MÁS SALUDABLE 669

A-1500

TOS COMO SIGNO DE ALARMA 669

A-1510

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA
QUÍSTICA DE PULMÓN EN PACIENTE JOVEN CON ABSCESOS
CEREBRALES MÚLTIPLES DE ORIGEN HEMATÓGENO
SECUNDARIO A NEUMONÍA POR GRIPE A 669

A-1511

DOLOR COSTAL LEVE POSTRAUMÁTICO 669



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1513

SEPSIS GRAVE SECUNDARIA A CELULITIS
POR DEPILACIÓN 669

A-1514

ADENOCARCINOMA PULMONAR 669

A-1516

MUJER CON DISNEA Y ANTECEDENTE DE INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA RECIENTE 669

A-1517

CASO DE DENGUE EN NUESTRAS URGENCIAS
HOSPITALARIAS 669

A-1518

TROMBOSIS EN TÁNDEM..... 669

A-1524

DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR COMO AGENTE
ETIOLÓGICO DE INFARTO ESPLÉNICO TRAS MONITORIZACIÓN
EN UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS PACIENTE DE
55 AÑOS SIN ANTECEDENTES 670

A-1531

ARRIBA LA FIEBRE, ABAJO LA TENSIÓN 670

A-1533

INTERROGO Y EXPLORO, LUEGO MEDITO..... 670

A-1535

UNA IMAGEN DUDOSA: EL RIESGO
DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ 670

A-1536

GANGRENA DE FOURNIER 670

A-1538

ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A OPIOIDES.
UN DESENLAZE INESPERADO 670

A-1541

VHA COMO ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EN VARONES HOMOSEXUALES 670

A-1544

NEUROCISTICERCOSIS: LO QUE ESCONDE UNA CEFALEA .. 670

A-1545

BRUCELOSIS CUTÁNEA 670

A-1560

INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS COMO PRIMERA
MANIFESTACIÓN DE LEUCEMIA AGUDA 670

A-1563

ERRORES Y ANÉCDOTAS EN LA GUARDIA 671

A-1565

SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICO SECUNDARIO
A INFECCIÓN VHS 671

A-1567

TROMBOSIS VENOSA COMO DEBUT DE ENFERMEDAD
AUTOINMUNE..... 671

A-1568

MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER 671

A-1572

LO QUE LA VERDAD ESCONDE..... 671

A-1574

MIOPERICARDITIS SIN ALTERACIONES TÍPICAS EN EL
ELECTROCARDIOGRAMA Y SIN CUADRO VÍRICO RECONOCIDO
PREVIO 671

A-1575

SÍNCOPE ASOCIADO A SÍNDROME CONSTITUCIONAL
CUYO ESTUDIO REVELA INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS
DISEMINADA CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL 671

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1576

FASCITIS NECROSANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO 671

A-1578

ESPONDILODISCITIS EN PACIENTE ATENDIDO POR DOLOR LUMBAR EN ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS . . . 671

A-1580

CUADRO CATARRAL: DE BANAL A FATAL. 671

A-1581

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO: ESOFAGITIS HERPÉTICA 672

A-1600

LA BALA MÁGICA 672

A-1612

FIEBRE A LA VUELTA DE VACACIONES 672

A-1613

SÍNDROME TOP DE LA BASILAR: CAUSA INFRECIENTE DE ICTUS ISQUÉMICO. 672

A-1616

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO . . . 672

A-1617

APLICACIÓN PRÁCTICA DE CRITERIOS DE SEPSIS-RELATED ORGAN FAILURE ASSESSMENT (SOFA) Y QSOFA EN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO DE PROBABLE ORIGEN URINARIO . . . 672

A-1618

BROTE PSICÓTICO POR MENINGOENCEFALITIS VÍRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO 672

A-1619

FIEBRE DE LARGA DATA 672

A-1620

CÓLICO RENAL: INFARTO RENAL 672

A-1621

PUERPERIO COMPLICADO 672

A-1624

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL CONTEXTO DE UNA PATOLOGÍA CONGÉNITA VASCULAR 673

A-1625

ESCORBUTO 673

A-1627

¡VUELVO A TENER FIEBRE, DOCTOR! 673

A-1628

BRONCOESPASMO SEVERO 673

A-1629

DOCTOR, TENGO ANSIEDAD Y ME DUELE LA PIERNA IZQUIERDA 673

A-1648

ARTRITIS DE TOBILLOS Y EXANTEMA CUTÁNEO: ¿QUÉ SERÁ? 673

A-1658

EL GRAN SIMULADOR 673

A-1671

UNA FIEBRE ATÍPICA 673

A-1683

MI MADRE ESTÁ MUY RARA 673

A-1689

TEP. EL DATO CLAVE PARA LA SOSPECHA 673



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1690

UN DIAGNÓSTICO INESPERADO: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ESPONTÁNEA DE MIEMBROS SUPERIORES 674

A-1692

UN DOLOR ABDOMINAL 674

A-1693

PATRÓN MICRONODULAR EN PACIENTE CON DISNEA Y DOLOR TORÁCICO PLEURÍTICO 674

A-1694

¿ALGO MÁS QUE UN CÓLICO RENOURETERAL? LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 674

A-1695

CEFALEA EN PACIENTE CON FIEBRE SIN FOCO 674

A-1700

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. LEISHMANIASIS VISCERAL Y COMPLICACIONES 674

A-1701

UN PARAGUAS Y UN SOMBRERO 674

A-1702

PACIENTE DE 25 AÑOS CON DOLOR TORÁCICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO 674

A-1710

TOS DE MESES DE EVOLUCIÓN: ¿UNA URGENCIA? 674

A-1713

LO QUE PUDO SER Y NO FUE 674

A-1731

PACIENTE JOVEN: INFECCIÓN RESPIRATORIA QUE NO MEJORA... 675

A-1732

IMPORTANCIA DE LA IMAGEN EN URGENCIAS. CUANDO EL VIH ESCONDE ALGUNA SORPRESA... 675

A-1736

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN CON COLAPSO COMPLETO SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA 675

A-1737

PRUEBAS A CIEGAS: CUANDO ENCUENTRAS UN TEP (TROMBOEMBOLISMO PULMONAR) QUE NO BUSCAS 675

A-1738

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO 675

A-1740

NEUMONÍA INTERSTICIAL BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO 675

A-1741

DIAGNÓSTICO DE LA SEPSIS EN URGENCIAS: ESCALA QUICKSOFA 675

A-1742

DOLOR Y DEBILIDAD EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES . . 675

A-1743

¡NO TODO ES NEUMOCOCO! 675

A-1744

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR 675

P-1747

CAUSA INFRECIENTE DE EXOFTALMOS UNILATERAL 676

P-1758

CÓDIGO ICTUS: DISECCIÓN DE AORTA 676



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1763

HIPOGLUCEMIA COMO EFECTO SECUNDARIO
A LEVOFLOXACINO 677

P-1765

FIEBRE Y ARTRALGIAS 677

P-1766

NO TODOS LOS GUIÑOS SON PARA LIGAR 678

P-1768

MIGRAÑA HEMIPLEJÍA ESPORÁDICA.
LA GRAN SIMULADORA 678

P-1771

PARESTESIAS COMO SÍNTOMA INICIAL DE UNA MIELITIS
INFLAMATORIA 679

P-1772

APENDAGITIS EPIPLOICA 679

P-1774

ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD.
A PROPÓSITO DE UN CASO 680

P-1775

ENFERMEDAD DE ADDISON 680

P-1776

SÍNDROME MICCIONAL Y DOLOR LUMBAR COMO CLÍNICA
DE ANEURISMA ABDOMINAL ROTO 681

P-1777

HEMORRAGIA DIGESTIVA Y PATOLOGÍA AÓRTICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 681

P-1778

HIPERCALCEMIA MALIGNA COMO SÍNDROME
PARANEOPLÁSICO EN PACIENTE CON NEOPLASIA
ENDOMETRIAL 682

P-1779

¿QUÉ SE PARECE A UN CÓLICO RENAL COMPLICADO? 682

P-1780

DEBUT DE COLANGIOCARCINOMA METASTÁSICO EN
URGENCIAS 683

P-1781

CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 683

P-1782

DISTROFIA ANEURISMÁTICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA 684

P-1783

UNA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE MUY POCO
FRECUENTE. NEUROMIELITIS ÓPTICA DE DEVIC 684

P-1784

KIKUCHI-FUJIMOTO 685

P-1785

PARESTESIAS, DEBILIDAD EN HEMICUERPO Y ESPASMOS
MUSCULARES... ¿ACTIVAMOS EL CÓDIGO ICTUS?. 685

P-1786

iii DOCTORAS, NO LAS VEO!!! 686

P-1787

ICTUS EN EL ADULTO JOVEN 686

P-1788

SÍNDROME DE BOERHAAVE: PRESENTACIÓN ATÍPICA EN
PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS 687

P-1790

A VUELTAS CON EL DOLOR ABDOMINAL 687



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1791

CUANDO LO NEUROLÓGICO Y LO PSIQUIÁTRICO
SE TOCAN 688

P-1794

SÍNDROME NEUROLÓGICO PARANEOPLÁSICO, ENCEFALITIS
DE TRONCO ASOCIADO A CARCINOMA MICROCÍTICO DE
PULMÓN 688

P-1795

GRAN HERNIA DE HIATO CON ESTÓMAGO INTRATORÁCICO .. 689

P-1796

¿COINCIDENCIA O ASOCIACIÓN? 689

P-1797

PARESTESIAS DE MIEMBROS SUPERIORES COMO
MANIFESTACIÓN DE SIRINGOMIELIA EN PACIENTE
DE 20 AÑOS 690

P-1799

CÓLICO RENOURTERAL TRAS TOMA DE ACETAZOLAMIDA .. 690

P-1800

MUJER DE 58 AÑOS CON PARESIA DE AMBOS MIEMBROS
SUPERIORES 691

P-1801

NO PUEDO MÁS CON ESTA DIARREA 691

P-1803

COMPLICACIONES DEL USO CRÓNICO DE CORTICOIDES.
A PROPÓSITO DE UN CASO 692

P-1804

HEMATOMA ESPONTANEO DEL MÚSCULO PSOAS 692

P-1805

CEFALEA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO
DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL 693

P-1806

SÍNDROME VÁSULO-RENAL 693

P-1820

DISFAGIA CON REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA 694

P-1821

HIPONATREMIA Y CÁNCER 694

P-1822

CEFALEA EN CONTEXTO DE FÍSTULA DE LÍQUIDO
CEFALORRAQUÍDEO 695

P-1824

DOCTOR, NO PUEDO PARAR DE MOVER EL BRAZO 695

P-1825

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE CERVICALGIA 696

P-1827

DOCTOR, ESTOY AMARILLA... ¿QUÉ ME PASA? 696

P-1828

¿QUÉ ME DICEN TUS OJOS? 697

P-1829

CAUSA INFRADIAGNÓSTICA DE DOLOR ABDOMINAL 697

P-1830

LO QUE PUEDE ESCONDER LA FOSA ILIACA IZQUIERDA ... 698

P-1831

DERMATOSIS AGUDA FEBRIL NEUTROFÍLICA 698

P-1833

PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL 699

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1834

A PROPOSITO DE UN CASO:
DIPLOPIA INTERMITENTE EN URGENCIAS 699

P-1835

LA TORMENTA PERFECTA 700

P-1836

ESPONDILODISCITIS DORSAL COMO COMPLICACIÓN
DE NEUMONÍA 700

P-1841

TETANIA EN PACIENTE JOVEN 701

P-1843

TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO EN UN VARÓN JOVEN . . 701

P-1845

PRIMER CÓLICO EN PACIENTE ANCIANO, NO EXISTE HASTA
QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO 702

P-1846

¡NO VEO! 702

P-1850

QUÉ DELIRIO TAN TREMENDO 703

P-1852

DIAGNÓSTICO DE ANEMIA
¿QUÉ ESCONDE ESTE SÍNDROME? 703

P-1854

GRANULOMA EOSINÓFILO. A PROPOSITO DE UN CASO 704

P-1858

REPASO ANATÓMICO 704

P-1859

CARCINOMA VESICAL METASTÁSICO EN PACIENTE JOVEN
CON SÍNDROME MICCIONAL DE LARGA EVOLUCIÓN 705

P-1863

PARESTESIAS E INESTABILIDAD A LA MARCHA EN VARÓN
JOVEN 705

P-1864

DOLOR INTERESCAPULAR QUE NO EVOLUCIONA BIEN 706

P-1882

ICTERICIA EN ALCOHÓLICO:
NO SIEMPRE LA CAUSA ES HEPÁTICA 706

P-1883

PLEXITIS HERPÉTICA EN EXTREMIDADES:
DE HERPES ZÓSTER A ACV 707

P-1884

HEMATEMESIS DE ORIGEN VASCULAR
CON MAL PRONÓSTICO 707

P-1885

DISFAGIA Y DISNEA AGUDA POR COMPRESIÓN CERVICAL . . 708

P-1886

SÍNDROME DEL DEDO AZUL Y SÍNDROME
MIELOPROLIFERATIVO CRÓNICO TIPO TROMBOCITEMIA
ESENCIAL 708

P-1887

ABSCESO HEPÁTICO. A PROPOSITO DE UN CASO 709

P-1888

CERVICALGIA NO TRAUMÁTICA 709

P-1889

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO EN PACIENTE EN
TRATAMIENTO CON DABIGATRÁN 710

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1890

NO PUEDO CAMINAR...
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 710

P-1891

TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA
Y SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO 711

P-1913

FALLO HEPÁTICO POR HEPATITIS HERPÉTICA 711

P-1914

DOCTORA, MÍREME LA LENGUA 712

P-1915

PTOSIS PALPEBRAL 712

P-1917

OTRA CAUSA DE DISFAGIA 713

P-1918

SÍNDROME DE MILLER-FISHER:
HALLAZGOS CLÍNICOS, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO 713

P-1919

LESIÓN AXONAL DIFUSA SECUNDARIA A ELECTROCUCIÓN.
A PROPÓSITO DE UN CASO 714

P-1920

MUERTE POR HIPOGLUCEMIA 714

P-1921

SOSPECHA DE CONECTIVOPATÍAS EN URGENCIAS 715

P-1922

SÍNCOPE DE REPETICIÓN Y CEFALEA EN MUJER JOVEN .. 716

P-1923

DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA E IRRITACIÓN PERITONEAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO 716

P-1981

UN INFARTO QUE RESULTÓ SER OTRA COSA 717

P-1984

A PROPÓSITO DE UN CASO: AGITACIÓN 717

P-1986

PARÁLISIS DE TODD: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL 718

P-1987

MÁS ALLÁ DEL METEORISMO 718

P-1989

ROTURA URETERAL ESPONTÁNEA POR LITIASIS 719

P-1993

FIEBRE Y HEMIPARESIA 719

P-1995

DOLOR EN FOSA RENAL, MÁS ALLÁ DEL CÓLICO
RENOURETERAL 720

P-1996

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INCIERTO 720

P-1997

¡DOCTOR, ME DUELE MUCHO LA BARRIGA! ACIDOSIS LÁCTICA
POR INTOXICACIÓN POR METFORMINA 721

P-1998

PÉRDIDA DE MEMORIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN
TUMOR CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO ... 721



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1999

UNA CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL 722

P-2001

PIENSA MAL Y ACERTARÁS... 722

P-2003

NEURALGIA DE ARNOLD: LA CEFALEA INFRADIAGNOSTICADA.
INFILTRACIÓN EN URGENCIAS 723

P-2005

LESIÓN RENAL AGUDA POR HIPERCALCEMIA 723

P-2006

CUANDO EL ICTUS SE COMPLICA 724

P-2007

MIELOPATÍA INFLAMATORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO ... 724

P-2010

ANISOCORIA DEL JARDINERO 725

P-2011

PARAPARESIA EN URGENCIAS. 725

P-2013

HEMORRAGIA CEREBRAL SECUNDARIA A ESTENOSIS
DE ARTERIA RENAL 726

P-2014

CASO ATÍPICO DE AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA POR ICTUS
ISQUÉMICO DE PEQUEÑO VASO 726

P-2016

MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS DE LA TOSCANA 727

P-2045

CÓDIGO ICTUS CON FINAL FELIZ 727

P-2046

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA
A NEUROTOXOPLASMOSIS. 728

P-2047

MONTAR EN BICI ME DA DOLOR DE CABEZA 728

P-2048

TOS Y HEMOPTISIS COMO SÍNTOMAS GUÍA DE ÚLCERA
PENETRANTE EN AORTA DESCENDENTE 729

P-2049

DIARREA QUIRÚRGICA 729

P-2050

HEMATOMA CERVICAL TRAS ESFUERZO 730

P-2051

DISECCIÓN CAROTÍDEA RECIDIVANTE 730

P-2052

CAVERNOMA FRONTAL: NO ES UNA CEFALEA MÁS. 731

P-2053

¿QUÉ ESCONDE UNA LLAMADA A EMERGENCIAS POR UNA
PACIENTE POSÉIDA? 731

P-2054

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE EN PACIENTES
INMUNODEPRIMIDOS 732

P-2055

ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO DEBUT
DE DIVERTICULITIS. 733

P-2056

DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA:
¿SIEMPRE APENDICITIS? 733

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2059

NO TODO SON FARINGITIS EN EL DOLOR DE CUELLO ... 734

P-2060

DÉFICIT NEUROLÓGICO EN PACIENTE JOVEN 734

P-2061

DIABÉTICO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ACUDE A URGENCIAS
POR MAL CONTROL GLUCÉMICO 735

P-2062

CUADRO CONSTITUCIONAL EN PACIENTE CON CLÍNICA
DORSOLUMBAR 735

P-2063

ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL: ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR INFRADIAGNOSTICADA 736

P-2064

DEBUT INSULINOMA 737

P-2067

¡QUÉ SUEÑO! 737

P-2068

MIELITIS AGUDA SECUNDARIA A VIRUS
DE EPSTEIN-BARR 738

P-2069

MIELOMA MÚLTIPLE Y SUS MÚLTIPLES COMPLICACIONES .. 738

P-2070

¡CUIDADO CON LA GASTROENTERITIS AGUDA
EN PACIENTES DIABÉTICOS! 739

P-2074

TÓXICOS O PSICOSIS, AGITACIÓN EN URGENCIAS,
¿ALGUIEN DA MÁS? 739

P-2076

¿Y SI FUERA LA VACUNA? 740

P-2078

EDEMA LINFÁTICO CERVICAL 740

P-2079

VÉRTIGO REFRACTARIO A TRATAMIENTO 741

P-2080

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO
EN PACIENTE CON CÓLICOS RENALES DE REPETICIÓN 741

P-2082

OJO CON LA EXPLORACIÓN 742

P-2083

DOCTORA, NO PUEDO LLEGAR A CASA PORQUE
NO VEO EL CAMINO 742

P-2084

PARACENTESIS. COMPLICACIONES AGUDAS 743

P-2087

UN DIAGNÓSTICO EN LAS ANTÍPODAS 743

P-2088

DOLOR TORÁCICO EN EL PACIENTE JOVEN,
¿QUÉ HAY DETRÁS? 744

P-2091

CELULITIS ORBITARIA DERECHA CON ABSCESOS
CEREBRALES SECUNDARIOS 744

P-2092

LIPOMATOSIS VERTEBRAL: EL PELIGRO DE MALINTERPRETAR
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SIN ATENDER A LA HISTORIA
CLÍNICA 745

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2093

MIGRAÑA CON AURA EN PACIENTE JOVEN 745

P-2094

MONONEUROPATÍA DEL TERCER PAR CRANEAL
EN PACIENTE DIABÉTICO 746

P-2095

HEMORRAGIA SIN SANGRE 746

P-2096

CEFALEA CON AFECTACIÓN OCULAR EN PACIENTE
MAYOR DE 50 AÑOS 747

P-2097

MÁS ALLÁ DE LA DISFAGIA NEURÓGENA EN EL PACIENTE
CON DEMENCIA 747

P-2098

BROTE AGUDO GRAVE DE LUPUS CON DISFUNCIÓN
MULTIORGÁNICA 748

P-2099

CALCIFICACIONES CEREBRALES BILATERALES COMO
HALLAZGO CASUAL 748

P-2100

PARÁLISIS DE III PAR CRANEAL:
REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO 749

P-2106

ESTATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO:
QUÉ PACIENTE MÁS RARO 749

P-2107

SARCOMA SINOVIAL CARDIACO. UNA RARA ENTIDAD 750

P-2108

DIVERTICULITIS AGUDA EN VARÓN OBESO:
EXPLORACIÓN FÍSICA REVELADORA 750

P-2114

MUJER DE MEDIANA EDAD CON INSUFICIENCIA RENAL
AGUDA Y HEMOPTISIS. PROBABLE SÍNDROME
PULMÓN RIÑÓN 751

P-2115

ME DESPIERTO Y NO SÉ QUÉ ME PASA POR LA MAÑANA ... 751

P-2116

HEMORRAGIA INTRACRANEAL. SÍNDROME TALÁMICO ... 752

P-2117

ANSIEDAD... ¿DESCARTA ORGANICIDAD! 752

P-2118

SÍNDROME DE PANCOAST-TOBIÁS 753

P-2119

ABSCESO INGUINAL COMPLICADO 753

P-2121

¿EPILEPSIA CON 23 AÑOS? HAY ALGO MÁS 754

P-2122

EL SECRETO DE SUS OJOS 754

P-2124

MUTISMO: ¿PATOLOGÍA NEUROLÓGICA O PSIQUIÁTRICA? .. 755

P-2125

CEFALEA COMO SIGNO DE ALARMA 755

P-2126

OJO CON LO QUE RECETAMOS 756

P-2127

LOS ENIGMAS DE LA DIPLOPÍA, UN ROMPECABEZAS
PARA EL MÉDICO 756

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2148

POR CADA PICO DE HIPERGLUCEMIA UN PROBLEMA 757

P-2149

LA RIGIDEZ NO ENGAÑA 757

P-2150

CISTITIS TRAICIONERA 758

P-2152

DOCTORA, ME ATRAGANTO AL COMER 758

P-2154

SÍNDROME MENÍNGEO TRAS INFUSIÓN DE
INMUNOGLOBULINAS 759

P-2155

RESPIRACIÓN DE KUSSMAUL + GLUCEMIA CAPILAR HI =
CAD 759

P-2156

DOCTOR, NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS 760

P-2157

DEATH IS COMING (DIC). APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA
EN PACIENTE CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA 760

P-2158

UN OCUPANTE INESPERADO. MANEJO Y DIAGNÓSTICO
DE LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO CEREBRALES EN
URGENCIAS 761

P-2159

CEFALEA Y CUADRO PSICÓTICO EN PACIENTE JOVEN COMO
DEBUT DE ENCEFALITIS POR VIRUS DE LA TOSCANA 761

P-2160

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO SECUNDARIO A
TETRABENAZINA EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON ... 762

P-2161

ANCIANO CON PÚRPURA Y REPERCUSIÓN SISTÉMICA 762

P-2163

UNA HEMORRAGIA INUSUAL 763

P-2164

CONSECUENCIAS DE UNA EXPLORACIÓN
EN PROFUNDIDAD 763

P-2165

CRISIS CARCINOIDE EN URGENCIAS 764

P-2166

CEFALEA PERSISTENTE... LO QUE NO ESPERAS
QUE OCURRA 764

P-2167

UNA RARA CAUSA DE OFTALMOPLÉJIA DOLOROSA 765

P-2168

CRISIS HIPERTENSIVA, TRATAMIENTO PRECOZ
Y CONSECUENCIAS DEL MISMO 765

P-2179

CÓDIGO NARANJA: CRISIS DE ANSIEDAD 766

P-2180

BRADICARDIA, BRADIPSQUIA Y BRADILALIA 766

P-2185

GLÁNDULAS ON FIRE 767

P-2187

SIEMPRE SUCEDE EN LA SALA DE ESPERA..... 767



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2190

UNA VARICELA ATÍPICA: CASO DE NECROLISIS EPIDÉRMICA
TÓXICA EN ESCOLAR DE 12 AÑOS 768

P-2191

OJO ROJO 768

P-2192

TRASTORNO DE LA CONDUCTA 769

P-2199

HEMATURIA, A PROPÓSITO DE UN CASO 769

P-2200

DEJADME TRANQUILA, SÓLO QUIERO BEBER AGUA. 770

P-2201

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES AGUDOS DE REPETICIÓN
EN PACIENTE JOVEN: ETIOLOGÍA DE EXCLUSIÓN. 770

P-2202

MANIFESTACIÓN INFRECIENTE DE ALGO FRECUENTE .. 771

P-2205

MI MARIDO TIENE VOZ DE PITO. 771

P-2224

NO SIENTO LAS PIERNAS 772

P-2225

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS.
UN CASO DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO 772

P-2226

DOCTORA, TENGO LA BOCA NEGRA 773

P-2227

PACIENTE COMPENDIO 773

P-2228

PLAQUETOPENIA Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 774

P-2230

DOLOR NEUROPÁTICO EN URGENCIAS 774

P-2231

¡NO PUEDO ANDAR! 775

P-2232

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA ATÍPICA
TRAS RELACIONES SEXUALES 775

P-2233

¡QUÉ DOLOR! 776

P-2234

PROCTALGIA DE TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
NO TODO SON FISURAS 776

P-2235

CRISIS CONVULSIVA COMO MANIFESTACIÓN
DE UNA HIPOMAGNESEMIA. 777

P-2237

ABORDAJE DE PACIENTE CON ALGIAS GENERALIZADAS
BRUSCAS 777

P-2238

TESTIS LUMBALGIA 778

P-2241

ME VA A ESTALLAR LA CABEZA 778

P-2243

DOCTORA, ¡SE ME CIERRA EL OJO! 779



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2244

ASCITIS QUILOSA 779

P-2258

LO QUE ESCONDÍA LA ELEVACIÓN DEL ST
(EL ORIGEN NO SIEMPRE ES CORONARIO) 780

P-2260

NO TODO EDEMA ES INSUFICIENCIA CARDIACA 780

P-2261

UNA CAÍDA CON SORPRESA 781

P-2263

DOCTORA, NO ME TENGO EN PIE 781

P-2264

ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO:
CUADRO SUBOCCLUSIVO VS. OCLUSIVO 782

P-2265

A MI HIJA SE LE HINCHA EL CUELLO AL LLORAR. 782

P-2266

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UNA CRISIS
HIPERTENSIVA 783

P-2267

¿ESTREÑIMIENTO O ALGO MÁS? 783

P-2268

SIN PRODRAMOS SUFRO DESPLOMOS 784

P-2269

ES COMO SI SE ME FUERAN LAS PIERNAS..... 784

P-2293

LUMBALGIA DE DIFÍCIL CONTROL 785

P-2319

AYUDA, NO RECONOZCO MI VOZ 785

P-2320

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 786

P-2321

CEFALEA NO COMÚN. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
PERIVENTRICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO 786

P-2323

SHOCK SÉPTICO E INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 787

P-2324

NEUROCISTICERCOSIS 787

P-2325

SÍNDROME CATARRAL Y PARÁLISIS FACIAL BILATERAL 788

P-2326

A LA VEJEZ, PERITONITIS 788

P-2327

ESTATUS EPILEPTICO 789

P-2329

NO ESTOY FINGIENDO: IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN
DE LOS PROTOCOLOS 789

P-2330

FÍSTULA AORTOENTÉRICA.
UN DIAGNÓSTICO MORTAL A TENER EN CUENTA 790

P-2332

ENCEFALITIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO 790



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2334

DOLOR TORÁCICO INESPECÍFICO 791

P-2335

EL RETO DE DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTE
PSIQUIÁTRICA: PARESTESIAS FACIALES EN MUJER
POSTMENOPÁUSICA DEPRESIVA/CONVERSIVA 791

P-2336

LA ENFERMEDAD SISTÉMICA TRAS LA CEFALEA 792

P-2337

GLOBO TORÁCICO 792

P-2338

NINGUNA PRESCRIPCIÓN ES INOCUA 793

P-2340

TODO EN SU CABEZA..... 793

P-2342

ANEURISMA DE AORTA MICÓTICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 794

P-2349

EL ENEMIGO INTERIOR 794

P-2350

SI NO LO VEO NO EXISTE 795

P-2351

UNA LUMBALGIA CON DESENLAJE FATAL 795

P-2352

MÍNIMOS DETALLES 796

P-2353

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA
Y LOS EQUIPOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO,
MIELITIS AGUDA TRANSVERSA 796

P-2355

DE NERVIOS VA LA COSA 797

P-2356

CONVULSIÓN, NO SIEMPRE CRISIS EPILÉPTICA 797

P-2358

¡QUÉ MALA PATA! 798

P-2359

DOCTOR, ME DUELE LA CABEZA Y TENGO MUCHA SED 798

P-2361

HEMATOMA EPIDURAL ESPINAL 799

P-2363

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: LA IMPORTANCIA
DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA 799

P-2364

A VECES NO ES EL PROBLEMA SINO LA LOCALIZACIÓN 800

P-2365

UN DOLOR ABDOMINAL POCO HABITUAL 800

P-2367

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 801

P-2368

ANGIOEDEMA HEREDITARIO: DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO 801

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2371

OTRA CEFALEA EN URGENCIAS 802

P-2376

DÉFICIT NEUROLÓGICO COMO MANIFESTACIÓN DE BAJO GASTO 802

P-2377

UN CASO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL 803

P-2380

UNA APENDICITIS NO QUIRÚRGICA 803

P-2383

MUJER JOVEN CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA 804

P-2384

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: EL GRAN SIMULADOR .. 804

P-2385

EL APÉNDICE ESPECULAR 805

P-2386

DETRÁS DEL ICTUS 805

P-2387

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
Y CUÁNDO ECHAR A CORRER 806

P-2389

DOLOR ABDOMINAL AGUDO OPRESIVO 806

P-2391

DOCTOR, SIENTO PESADEZ 807

P-2394

TU RIÑÓN ME HA SOPLADO UN SECRETITO... 807

P-2395

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO ... 808

P-2399

CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN PACIENTE CON SOSPECHA
DE TEP CON DÍMERO D ELEVADO 808

P-2400

PESADILLA EN URGENCIAS, FÍSTULA AORTO-CAVA 809

P-2403

EDEMAS SIN DISNEA 809

P-2404

MÁS QUE UN SIMPLE DOLOR DE CABEZA 810

P-2405

ANEMIA HEMOLÍTICA COMO EFECTO ADVERSO DEL
TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VHC 810

P-2422

¿HEMIBALISMO A LOS 85 AÑOS?..... 811

P-2423

MUTISMO COMO SÍNTOMA INICIAL
EN HEMATOMA SUBDURAL 811

P-2424

HIPERÉMESIS Y TÓXICOS: UN CASO DE ESOFAGITIS
NECROTIZANTE AGUDA DE ORIGEN NO ACLARADO.
LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA 812

P-2425

LA POCA CONCIENCIACIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA
EN PACIENTE JOVEN 812

P-2426

ME CHOCO CON MIS COMPAÑEROS 813



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2427

ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIA A METFORMINA 813

P-2428

ALTA TENSIÓN, PELIGRO DE MUERTE 814

P-2429

A LAS ESPALDAS DE UN SÍNCOPE 814

P-2430

OJO CON EL SÍNCOPE 815

P-2431

ME DUELEN LAS COSTILLAS 815

P-2432

UN SÍNCOPE DE MAL PRONÓSTICO 816

P-2433

DOLOR LUMBAR DE INICIO SÚBITO 816

P-2434

VIENE POR TODO, MENOS POR LO QUE IMPORTA 817

P-2435

¡OJO CON LAS LESIONES ERITEMATOSAS! 817

P-2436

¡QUÉ MAL ME HA SENTADO ESTA INYECCIÓN! 818

P-2437

NO SUBESTIMES UNA ODONTALGIA, LA CAVIDAD ORAL
PUEDE TENER GRANDES SORPRESAS 818

P-2448

TODOS LOS EXCESOS SON MALOS 819

A-1761

CEFALEA Y VISIÓN BORROSA: PRESENTACIÓN ATÍPICA
DE MIELOMA DE BENCE JONES 819

A-1762

HIPOGLUCEMIA SECUNDARIA A LEVOFLOXACINO 819

A-1767

PATRÓN INTERSTICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO 819

A-1789

DESORIENTADOS EN URGENCIAS 819

A-1793

NEOPLASIA ESOFÁGICA EN NIÑA DE 13 AÑOS
CON DESENLACE FATAL 819

A-1837

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN PACIENTE
CON COLITIS ULCEROSA 820

A-1838

LUMBALGIA PARALIZANTE 820

A-1839

PTOSIS PALPEBRAL Y DIPLOPÍA BINOCULAR
FLUCTUANTE EN PACIENTE DE 66 AÑOS.
PARÁLISIS PARCIAL DE III PAR 820

A-1840

A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPONATREMIA SINTOMÁTICA
EN URGENCIAS 820

A-1842

NO TODO DÉFICIT NEUROLÓGICO ES ICTUS..... 820

A-1844

CRISIS COMICIAL COMO CARTA DE PRESENTACIÓN
DE MENINGOENCEFALITIS 820

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1847

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS: PERITONITIS
BACTERIANA ESPONTÁNEA (PBE) 820

A-1848

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN
CASO 820

A-1849

ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS. COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA . . 820

A-1851

NO TODOS LOS MAREOS SON IGUALES 820

A-1853

MENINGITIS EN PACIENTE CON HERPES ZÓSTER 820

A-1856

A PROPÓSITO DE UNA EXTRACCIÓN DENTARIA 820

A-1857

¿HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE?. 821

A-1860

DOLOR ABDOMINAL SÚBITO EN PACIENTE JOVEN 821

A-1861

EN LA DIANA 821

A-1862

ICTUS HEMORRÁGICO TRAS CONSUMO DE COCAÍNA 821

A-1866

CUADRO DE DESORIENTACIÓN Y AGITACIÓN TRAS UN
PARTIDO DE FÚTBOL 821

A-1868

LA IMPORTANCIA QUE NO LE DAMOS HOY EN DÍA A LA
EXPLORACIÓN FÍSICA COMO RECURSO DIAGNÓSTICO EN
PLENO SIGLO XXI 821

A-1870

ESÓFAGO NEGRO. UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA
A ESTUDIO 821

A-1871

PACIENTE JOVEN CON TAQUICARDIA 821

A-1873

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ANTE
LA SOSPECHA DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA EN
EXTRAHOSPITALARIA 821

A-1876

MIELOMA MÚLTIPLE: PLASMOCITOMAS DISEMINADOS . . 821

A-1878

COLECISTITIS AGUDA. OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN
CLÍNICA 821

A-1880

ENCEFALITIS LÍMBICA AUTOINMUNE QUE DEBUTA COMO
SÍNDROME CONFUSIONAL EN HOMBRE JOVEN 822

A-1881

¿ESTÁ SIMPLEMENTE DESHIDRATADO? 822

A-1910

CRISIS ADDISONIANA 822

A-1911

SIGNOS DE ALARMA DE LUMBALGIA.
MIELITIS ISQUÉMICA 822

A-1912

UNA CEFALEA NO TAN COMÚN 822



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1916

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS EN PACIENTES
HEMATOLÓGICOS. LA IMPORTANCIA EN LOS
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES 822

A-1926

LA COCAÍNA, UN MAL COMPAÑERO DE VIAJE. 822

A-1927

¿ESTOY DE LOS NERVIOS CON ESTE DOLOR DE CUELLO! ... 822

A-1928

ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS EN VARÓN JOVEN
CON INGRESOS REPETIDOS EN UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS 822

A-1929

MENINGITIS NEUMOCÓCICA 822

A-1930

SINTROM® Y AGENTES EXTERNOS 823

A-1931

MIS IMPULSOS Y YO 823

A-1933

SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO 823

A-1934

EPISTAXIS DE ORIGEN INUSUAL 823

A-1935

LA CARA OSCURA DE LA MENINGITIS 823

A-1936

¿TODA HEMIPARESIA ES UN ICTUS? 823

A-1937

SÍNDROME MEDULAR TRANSVERSO POR NEURINOMA
DORSAL 823

A-1938

SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 823

A-1939

UNA PACIENTE PSIQUIÁTRICA DISTINTA 823

A-1940

LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN COLUMNA DORSAL:
DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS 823

A-1941

SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN BILIAR 823

A-1942

ISQUEMIA DE MÉDULA ESPINAL 824

A-1944

EL SECRETO MEJOR GUARDADO: VIH 824

A-1945

OTRA CAUSA DE MASA CERVICAL EN PACIENTE JOVEN .. 824

A-1946

LA GRAVEDAD DE UN VÉRTIGO 824

A-1947

LA SALMONELLA QUE CASI ME LLEVA A DIÁLISIS 824

A-1949

EL PAPEL DE LA ROTACIÓN CERVICAL EN LAS CEFALÉAS .. 824



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1950

DEL MAREO AL ÉXITUS: UN CAMINO INEXORABLE 824

A-1952

LA DIARREA NO ME DEJA VER 824

A-1954

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT, A PROPÓSITO DE UN CASO . . . 824

A-1955

MIXEDEMA DE ORIGEN INFECCIOSO 824

A-1958

HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN PACIENTE JOVEN 824

A-1962

UN DEBUT DE PESO 824

A-1963

¿SÓLO UNA SEPSIS? 825

A-1983

ICTUS DEL DESPERTAR. ¡ALERTA!,
NO TODO ESTÁ PERDIDO 825

A-1988

EL CENTINELA DEL PEÑASCO. MONONEUROPATÍA DEL VI PAR
CRANEAL SECUNDARIA A COLESTEATOMA COMPLICADO CON
ABSCESO ENCEFÁLICO TEMPORAL 825

A-1992

EXTENSAS CALCIFICACIONES CEREBRALES BILATERALES
SECUNDARIAS A HIPERPARATIROIDISMO COMO CAUSA DE
DETERIORO FÍSICO Y MENTAL PROGRESIVOS 825

A-2000

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA DISECCIÓN AÓRTICA . . . 825

A-2004

VEO GENTE MUERTA 825

A-2008

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MACROADENOMA HIPOFISARIO
EN URGENCIAS 825

A-2012

CÓDIGO ICTUS 825

A-2017

UNA MIGRAÑA COMPLICADA 825

A-2018

SIMULADORES DE ICTUS AGUDO: ENCEFALITIS
HERPÉTICA 825

A-2019

SÍNDROME DE MILLER FISHER, UNA VARIANTE DEL
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ 825

A-2023

FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.
NO SIEMPRE ES UN ICTUS 825

A-2028

UN CORAZÓN COLAPSADO 826

A-2031

PSICOSIS EN PACIENTE TRATADO CON CORTICOIDES . . . 826

A-2035

¡DESDE EL BAUTIZO TENGO SED! 826

A-2040

DE LA TOS AL TAPONAMIENTO CARDIACO 826



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2043

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS CON FINAL
INESPERADO 826

A-2057

CASO DE NEUROCISTICERCOSIS DESDE URGENCIAS ... 826

A-2058

¿TODO DOLOR COSTAL DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS
ES BANAL? 826

A-2066

DOLOR LUMBAR PERSISTENTE,
MÁS ALLÁ DE UNA LUMBALGIA SIMPLE 826

A-2073

ACCIDENTE CARDIOVASCULAR HEMORRÁGICO ENMASCARADO
POR SOBREDOSIS DE BENZODIACEPINAS 826

A-2075

DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO COMPLICADO
(ABORDAJE Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR) 826

A-2089

POLIARTRITIS Y FEBRÍCULA EN PACIENTE DE 51 AÑOS 826

A-2090

UNA VEZ MÁS LAS APARIENCIAS ENGAÑAN 827

A-2109

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA DE ETIOLOGÍA
HEMATOLÓGICA 827

A-2110

DÉFICIT SENSITIVO MOTOR IZQUIERDO TRANSITORIO COMO
EQUIVALENTE MIGRAÑOSO 827

A-2130

MI SUEGRA QUIERE MATARME 827

A-2131

CEFALEA QUE NECESITA ANTICOAGULACIÓN 827

A-2132

DONACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS. A PROPÓSITO
DE UN CASO 827

A-2133

DESCOMPENSACIÓN GLUCÉMICA EN PACIENTE CON
NEUMOMEDIASTINO POR EJERCICIO FÍSICO INTENSO 827

A-2134

¿PENSAMOS EN EL RIÑÓN CUANDO PAUTAMOS
METFORMINA? 827

A-2135

LA OTRA CARA DEL DOLOR ABDOMINAL 827

A-2136

LA ALERGIA QUE NO ES ALERGIA:
UN CASO DE ESCOMBROIDOSIS 828

A-2137

FISTULIZACIÓN AORTOENTÉRICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 828

A-2138

SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A DISECCIÓN
ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 828

A-2140

FIEBRE SIN FOCO EN URGENCIAS.
CITOPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS 828

A-2141

PROGERIA: A PROPÓSITO DE UN CASO 828

A-2142

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO 828



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2143

DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA 828

A-2144

ODINOFAGIA Y DISFAGIA: ENCEFALITIS AGUDA
HERPÉTICA 828

A-2145

INFARTO CEREBRAL Y FORAMEN OVAL PERMEABLE 828

A-2171

BRAZO INFLAMADO 828

A-2173

¿ÚLCERAS DIABÉTICAS? 829

A-2181

LEVÁNTATE Y ANDA 829

A-2182

LO QUE SE ESCONDE TRAS UN DOLOR DORSAL SÚBITO ... 829

A-2193

LA IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS 829

A-2194

DEBUT DIABÉTICO DE LARGO TIEMPO DE EVOLUCIÓN .. 829

A-2195

PÉRDIDA DE CONSCIENCIA 829

A-2196

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA 829

A-2197

OFTALMOPLEJÍA DOLOROSA PROGRESIVA 829

A-2198

EIP MÁS ALLÁ DE LA PELVIS. EL RETO DIAGNÓSTICO DEL
DOLOR ABDOMINAL EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL 829

A-2203

MUJER CON CEFALEA AGUDA Y DIPLOPÍA 829

A-2204

SUBMARINO AMARILLO. 830

A-2206

HEPATOPATÍA COLESTÁSICA SECUNDARIA
A ÁCIDO CLAVULÁNICO 830

A-2208

DE EXCURSIÓN FUERA DEL PULMÓN 830

A-2209

MENINGIOMA MEDULAR 830

A-2210

UN HALLAZGO INESPERADO 830

A-2211

UNA DIVERTICULITIS COMPLICADA 830

A-2214

CEFALEA PROLONGADA 830

A-2215

COMA HIPOGLUCÉMICO CON INTENCIÓN AUTOLÍTICA:
A PROPÓSITO DE UN CASO 830

A-2223

BULTOMA PULSÁTIL CERVICAL 830

A-2229

¡ESTO NO SE ME QUITA! 830



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2240

EPIGASTRALGIA AGUDA EN VARÓN DE 74 AÑOS 830

A-2249

ANSIEDAD, ESE CAJÓN DE SASTRE 831

A-2255

HIPONATREMIA. UNA CAUSA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO ... 831

A-2259

NO ES APENDICITIS... ¿HAY ALGO MÁS DETRÁS? 831

A-2262

LA CARA OCULTA DEL MELANOMA 831

A-2270

COMA METABÓLICO POR HIPONATREMIA GRAVE 831

A-2271

EFECTOS SECUNDARIOS TRAS SUSPENDER
UN TRATAMIENTO 831

A-2272

INDAGANDO INDAGANDO, CON EL DIAGNÓSTICO
VOY DANDO 831

A-2273

ESPRÚE CELIACO INDUCIDO POR OLMESARTÁN 831

A-2274

DOLOR ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO
EN PACIENTE CROHN 831

A-2275

DOCTOR, ME CANSO 831

A-2276

JOVEN CON DÉFICIT NEUROLÓGICO: CUESTIÓN
DE QUÍMICA 831

A-2278

ADENOPATÍA CERVICAL EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA .. 832

A-2279

EDEMA ANGIOEURÓTICO POR TOMA DE IECA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 832

A-2281

SNOWMAN 832

A-2282

COMPLICACIÓN GRAVE E INFRECIENTE ASOCIADA
A UN TRATAMIENTO CONVENCIONAL 832

A-2283

¿CÓLICO NEFRÍTICO? ESTA VEZ NO..... 832

A-2284

DÉFICIT SENSITIVO AGUDO EN MIEMBRO INFERIOR
DERECHO 832

A-2285

PANCREATITIS CRÓNICA COMPLICADA 832

A-2286

ASCITIS Y DETERIORO GENERAL 832

A-2287

DIPLEJIA FACIAL: FORMA FOCAL DE SÍNDROME DE
GUILLAIN-BARRÉ CON DESENCADENANTE VACUNAL 832

A-2288

PTOSIS OCULAR 832



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2289

UNA ETIQUETA MUY CARA 832

A-2292

LAS PRIMERAS IMPRESIONES NUNCA FUERON BUENAS.
A PROPÓSITO DE UN CASO 833

A-2294

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA 833

A-2295

DOCTORA, ¡TENGO DIFICULTAD PARA PENSAR! 833

A-2297

¡AYUDADME, POR FAVOR! ¡NO SÉ QUÉ ME PASA!
CASO CLÍNICO DE MIGRAÑA CON AURA PROLONGADA MIXTA
(ALTERACIÓN DEL LENGUAJE-SENSITIVA) 833

A-2303

MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS DE LAS CRISIS
DREPANOCÍTICAS 833

A-2317

PARESTESIAS, ALTERACIÓN DE LA MARCHA E INCONTINENCIA
URINARIA EN MUJER JOVEN 833

A-2318

EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN PACIENTE CON FACTORES
DE RIESGO CARDIOVASCULAR 833

A-2322

DIARREA Y PETEQUIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ... 833

A-2328

DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO COMO FORMA DE DEBUT
DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO 833

A-2331

SODIO Y POTASIO: LA IMPORTANCIA DEL MANEJO
HIDROELECTROLÍTICO 833

A-2339

CUANDO UN EXANTEMA NO ES VÍRICO 834

A-2344

SÍNDROME CARCINOIDE 834

A-2346

EL SECRETO TRAS LA FRACTURA VERTEBRAL 834

A-2354

PANCREATITIS AGUDA 834

A-2360

SÍNDROME DE QT LARGO SECUNDARIO A HIPOCALCEMIA .. 834

A-2362

UN DIAGNÓSTICO DE ALTURA 834

A-2366

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA AGUANTANDO? 834

A-2372

MICROPERFORACIÓN POR ESPINA DE PESCADO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 834

A-2373

ME SIENTO MAREADO Y NO MEJORO 834

A-2374

CEFALEA SÚBITA Y OBNUBILACIÓN EN PACIENTE JOVEN .. 834

A-2375

CRISIS COMICIAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA 835

A-2378

ESTA NO ES MI CARA 835



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2379

LO QUE EL OJO NO VE 835

A-2381

PARECÍA UNA GASTROENTERITIS PERO, FINALMENTE,
NO FUE ASÍ 835

A-2388

AMNESIA, GASTROENTERITIS Y DIABETES:
UNA MEZCLA PELIGROSA 835

A-2392

CUANDO EL CALCIO NO LO ES TODO 835

A-2393

DOCTOR, PERDÍ EL APETITO 835

A-2396

BRONCOASPIRACIÓN. LA BÚSQUEDA DE SU CAUSA CON GIRO
DIAGNÓSTICO INESPERADO 835

A-2397

HIPOMAGNESEMIA, ¿CUÁNDO PENSAR EN ELLA? 835

A-2398

ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR EN PACIENTE JOVEN 835

A-2408

DETALLES QUE MARCAN LA DIFERENCIA 836

A-2409

UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA POCO COMÚN 836

A-2416

ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA SECUNDARIA
A INTOXICACIÓN POR METFORMINA 836

A-2418

LA INSISTENCIA DEL PACIENTE DEBE MANTENERNOS
ALERTA 836

A-2419

HEMORRAGIA INTRACRANEAL, UN PROCESO DINÁMICO ... 836

A-2421

ME SUENA TU CARA PERO NO SÉ QUIÉN ERES 836

A-2438

DOLOR ABDOMINAL AGUDO: ANAMNESIS, EXPLORACIÓN
FÍSICA Y COMPLEMENTARIA, CLAVES PARA UN DIAGNÓSTICO
ACERTADO, EVITANDO ASÍ EN MUCHAS OCASIONES CIRUGÍAS
INNECESARIAS 836

A-2439

DOLOR LUMBAR AGUDO 836

A-2440

LA RÁPIDA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE LISIS
TUMORAL 836

A-2441

¿TROMBA O TROMBÓN? 836

A-2442

NO TODA ASTENIA ES CANSANCIO 837

A-2443

LUMBOCIATALGIA REFRACTARIA 837

A-2444

SÍNCOPE DE MUJER JOVEN CON DOLOR ABDOMINAL DE
LARGA EVOLUCIÓN 837

A-2445

IMITADORES DE ICTUS: CRISIS EPILÉPTICAS 837



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2447

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN PACIENTE JOVEN 837

A-2449

ENFERMEDADES INFRECIENTES EN URGENCIAS, ¿PODEMOS DIAGNOSTICARLAS? 837

P-2461

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA ... 838

P-2462

INTOXICACIÓN POR AGUA DE CHOCHO 838

P-2464

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTE JOVEN. LA IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA 839

P-2466

POR QUERER LLAMAR LA ATENCIÓN ACABÓ EN LA UCI 839

P-2467

CON LO RICAS QUE ESTABAN... LAS SETAS. SÍNDROME MUSCARÍNICO EN URGENCIAS 840

P-2468

EL DESPERTAR DE LA SIESTA 840

P-2469

DISTONÍA POR METOCLOPRAMIDA: LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA HISTORIA CLÍNICA ... 841

P-2473

CEFALEA Y ANSIEDAD TRAS CONSUMO DE FÁRMACOS DE USO VETERINARIO 841

P-2478

INTOXICACIÓN POR *DATURA STRAMONIUM*: LA HIGUERA DEL INFIERNO 842

P-2480

COMA DE INSTAURACIÓN RÁPIDA EN UNA PACIENTE PSIQUIÁTRICA 842

P-2481

INTOXICACIÓN LEVE/MODERADA POR MONÓXIDO DE CARBONO Y SÍNDROME NEUROLÓGICO TARDÍO 843

P-2490

GOLPE DE CALOR: URGENCIA CRONO-DEPENDIENTE ... 843

P-2491

MOTIVO DE CONSULTA: ESTREÑIMIENTO. DESTINO AL ALTA: ÉXITOS 844

P-2494

A PROPÓSITO DE UN CASO: MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA EN UN INTENTO AUTOLÍTICO 844

P-2495

FLORIPONDIO. DE ORNAMENTAL A POTENCIALMENTE LETAL 845

P-2501

INTENTO AUTOLÍTICO CON METFORMINA EN UN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 845

P-2502

CADA DÍA QUE PASA VEO MENOS 846

P-2504

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE: ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD? 846

P-2511

ROMPECABEZAS FAMILIAR 847



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2512

SOSPECHA DE NARCOLEPSIA EN PACIENTE CON ENOLISMO SEVERO ENCUBIERTO 847

P-2513

INCENDIO INTOXICACIÓN POR HUMOS 848

P-2516

AYAHUASCA 848

P-2517

DETERIORO AGUDO DE LA FUNCIÓN RENAL POR INTOXICACIÓN POR CAFÉINA 849

P-2519

PICADURA O ALCOHOL 849

P-2520

TOXICIDAD POR TEJO 850

P-2522

INTOXICACIÓN POR VITAMINA D 850

P-2526

INTOXICACIÓN GRAVE POR DISOLVENTE INHALADO COMO DROGA DE ABUSO 851

P-2527

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO 851

P-2530

INTOXICACIÓN POR METANOL. A PROPÓSITO DE UN CASO 852

P-2531

VÓMITOS CRÓNICOS Y DUCHA DE AGUA CALIENTE: SÍNDROME DE HIPEREMESIS CANNABINOIDE, UN CASO EN URGENCIAS 852

P-2533

UN *BODY PACKER* EN TREN Y CON CANNABIS 853

P-2535

ACUDIÓ VESTIDO DE ROJO 853

P-2536

UTILIDAD DE LA RIFAMPICINA EN LOS NIVELES TÓXICOS DE TACROLIMUS 854

A-2454

CASO CLÍNICO DE INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA ATENDIDO EN URGENCIAS 854

A-2457

INTOXICACIÓN ETÍLICA EN UN MENOR 854

A-2470

SÍNDROME DE DRESS 854

A-2482

CONVULSIONES TRAS INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO 854

A-2483

TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO Y ACIDOSIS RESPIRATORIA: ¿2 ENTIDADES ASOCIADAS O INDEPENDIENTES? 854

A-2484

CIANOSIS TRAS ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICO TÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE METAHEMOGLOBINEMIA. ... 855

A-2496

LOXOSCELOSIS 855

A-2499

INTOXICACIÓN POR DIÓXIDO DE AZUFRE: ¿PODRÍAMOS MEJORAR LA ASISTENCIA? 855



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2503

CASI AHOOGAMIENTO, UNA URGENCIA INMEDIATA 855

A-2509

ÉPOCA DE RECOLECCIÓN DE SETAS Y SÍNDROME
CEREBELOSO 855

A-2514

SHOCK ANAFILÁCTICO EN RELACIÓN CON UN SÍNDROME
DE DRESS 855

A-2515

INTOXICACIÓN POR ESTRAMONIO 855

A-2521

ANGIOEDEMA. EFECTOS ADVERSOS DE UN FÁRMACO . . . 855

A-2523

DISNEA AGUDA EN EL ENTORNO RURAL:
MÁS ALLÁ DEL BRONCOESPASMO 855

A-2528

EL PELIGRO DE LOS REMEDIOS CASEROS:
INTOXICACIÓN POR AGUA DE ALTRAMUCES. 855

A-2534

ESCOMBROIDOSIS: UNA INTOXICACIÓN POR HISTAMINA . . . 856

P-2543

UNA MALA FRENADA 856

P-2552

DOLOR REFERIDO EN ROTURA ESPLÉNICA TRAUMÁTICA.
A PROPÓSITO DE 2 CASOS 857

P-2553

ESTALLIDO DE VAGINA Y BAZO 857

P-2554

EVITAR ERRORES EN TRAUMA GRAVE 858

P-2555

APÉNDICE CECAL, NO SÓLO APENDICITIS AGUDA 858

P-2556

COMPLICACIÓN MULTISISTÉMICA DEL EMBARAZO:
HEMOLYSIS, ELEVATED LIVER ENZYMES, LOW PLATELET
COUNT. A PROPÓSITO DE UN CASO 859

P-2557

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL EN MUJER
EN EDAD FÉRTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO 859

P-2558

SÍNDROME DE SLOTNICK-GOLDFARB CONGÉNITO 860

P-2561

ROTURA DIAFRAGMÁTICA INDUCIDA POR TOS CON
HERNIACIÓN DE VÍSCERAS ABDOMINALES 860

P-2562

IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS ANTE LOS DOLORES
BANALES EN FÉMUR. 861

P-2563

Y ADEMÁS EL CORAZÓN PARTÍO 861

P-2564

CUANDO LA FUERZA ME ACOMPAÑE 862

P-2565

SÍNCOPE 862

P-2566

AMYAND. ¿HERNIA, OBSTRUCCIÓN, APENDICITIS? 863

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2567

AL SEGUNDO TAC VA LA VENCIDA..... 863

P-2568

POLITRAUMA Y ANEMIA HEMOLÍTICA 864

P-2569

ÍLEO BILIAR. UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA 864

P-2570

ABSCESO LUMBAR 865

P-2571

RAO + DOLOR ABDOMINAL EN ADOLESCENTE:
¡¡CUIDADO!! 865

P-2572

JUGANDO, JUGANDO, TE VAS DESANGRANDO 866

P-2573

SANGRADO INTRACRANEAL TARDÍO EN PACIENTE CON
TRAUMA CRANEAL LEVE, TOMOGRAFÍA INICIAL NORMAL
Y SIN FACTORES DE RIESGO HEMORRÁGICO 866

P-2574

TRAUMATISMO EN MANO CON SIERRA RADIAL 867

P-2575

ANEURISMA FEMORAL TROMBOSADO CON EMBOLIZACIÓN
DISTAL 867

P-2576

ESTÓMAGO INTRATORÁCICO COMO CAUSA DE DOLOR
PRECORDIAL 868

P-2577

DORSALGIA COMO SÍNTOMA DE EMBOLISMO METASTÁSICO
Y SÉPTICO 868

P-2578

LUMBALGIA DE CAUSA INUSUAL 869

P-2582

LUXACIÓN DE LISFRANC ESPONTÁNEA 869

P-2585

CERVICALGIA, ¿SE TRATA SIEMPRE
DE UNA CONTRACTURA? 870

P-2587

SHOCK HIPOVOLÉMICO TRAS FIBRINOLISIS
Y TROMBECTOMÍA POR CÓDIGO ICTUS 870

P-2588

OMALGIA CRÓNICA QUE OCULTABA SORPRESA 871

P-2589

TRAUMATISMO TORÁCICO TRAS SÍNCOPE
DE REPETICIÓN 871

P-2592

CUIDADO CON LAS LUMBALGIAS. LO FUNDAMENTAL
DE LA BUENA EXPLORACIÓN 872

P-2593

VARÓN DE 72 AÑOS CON CEFALEA Y VÓMITOS 872

P-2594

CUERPO EXTRAÑO INTRAARTERIAL 873

P-2596

MUJER DE 81 AÑOS QUE CONSULTA POR DOLOR
EPIGÁSTRICO 873

P-2597

MUCOCELE APENDICULAR COMO HALLAZGO
EN URGENCIAS 874

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2599

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DESDE URGENCIAS EN UNA
INFECCIÓN COMPLICADA DE MIEMBRO INFERIOR 874

P-2600

CUIDADO CON LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 875

P-2609

PANCREATITIS TRAS PATADA 876

P-2610

CUANDO LA ORIENTACIÓN DEL TRIAJE ES ERRÓNEA ... 876

P-2611

DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO
A ANEURISMA DE AORTA 877

P-2612

CAÍDA DEL CABALLO CON GRAVES CONSECUENCIAS ... 877

P-2614

URGENCIA VITAL POR ARTRITIS SÉPTICA 878

P-2621

TETRAPARESIA TRAS LATIGAZO CERVICAL:
DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES 878

P-2622

LA TOS COMO CAUSA DE HEMOTÓRAX 879

P-2623

LUMBALGIA SEVERA RESISTENTE A TRATAMIENTO
ATRAUMÁTICA. POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS 879

P-2627

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO 880

P-2645

FRACTURA ODONTOIDES EN EL ANCIANO.
UN RETO PARA URGENCIAS 880

P-2646

SÍNDROME MEDULAR TRANSITORIO SECUNDARIO A HERNIA
DISCAL CERVICAL AGUDA POSTESFUERZO 881

P-2648

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO 881

P-2649

RETRASO DIAGNÓSTICO DE LESIÓN MEDULAR
EN INTOXICADOS ETÍLICOS 882

P-2650

HEIMLICH: UNA MANIOBRA SENCILLA PERO COMPLICADA 882

P-2661

APOPLEJÍA HIPOFISARIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO ... 883

P-2662

PERFORACIÓN DUODENAL A VÍSCERA VECINA 883

P-2663

COMPLICACIONES AGUDAS DE UN TRATAMIENTO CRÓNICO
CON CORTICOIDES 884

P-2664

FRACTURA BILATERAL SIMULTÁNEA CADERA EN PACIENTE
JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO 884

P-2665

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR POR MIRTAPAZINA
ENDOVENOSA 885

P-2666

CUANDO EL EJERCICIO TE LLEVA A URGENCIAS.
UN CASO PECULIAR DE RABDOMIOLISIS 885



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2667

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. HALLAZGO CASUAL .. 886

P-2669

NO SIEMPRE HAY QUE ACABAR EN QUIRÓFANO 886

P-2670

TRAUMATISMOS TORÁCICOS,
OJO CON LAS FRACTURAS ESCONDIDAS 887

P-2671

PARTO DISTÓCICO EXTRAHOSPITALARIO ATENDIDO POR
EQUIPO AÉREO 061 ANDALUCÍA 887

P-2672

ATENCIÓN AL POLITRAUMATIZADO GRAVE
EN UN HOSPITAL COMARCAL 888

P-2673

ROTURA RENAL EN POLITRAUMATIZADO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 888

P-2674

FRACTURA ESPONTÁNEA DE PELVIS 889

P-2675

¿CÓDIGO ICTUS POSTRAUMÁTICO? 889

P-2680

ÍLEO BILIAR. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ
EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL 890

P-2681

ATROPELLO EN PACIENTE ANTICOAGULADO 890

P-2683

ROTURA HEPÁTICA POR ANABOLIZANTES 891

P-2692

EL SÍNCOPE DE LA BICICLETA 891

P-2693

¿DE DÓNDE VIENE ESTA FIEBRE? ESTOY FATAL!!! 892

P-2702

HOMBRO DOLOROSO: OTROS DIAGNÓSTICOS
DIFERENCIALES 892

P-2703

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTE
ANTICOAGULADO 893

P-2704

UN SIMPLE CORTE EN LA MANO 893

P-2705

ERES ALTO Y DELGADO... 894

P-2709

ABDOMEN AGUDO Y PERFORACIÓN INTESTINAL,
LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN CONTINUA
DEL PACIENTE EN URGENCIAS 894

P-2710

UN GIRO INESPERADO 895

P-2711

MÁS QUE UN DOLOR DE MUELAS 895

P-2712

TUMORACIÓN EN ZONA DORSAL 896

P-2713

DOLOR ABDOMINAL EN MUJER JOVEN.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 896

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2714

ANURIA COMO DEBUT DE UNA OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL 897

P-2715

ÍLEO BILIAR, UNA RARA ENTIDAD EN LA ACTUALIDAD 897

P-2716

LA INCERTIDUMBRE DEL DOLOR ABDOMINAL 898

P-2722

ESTA TUMORACIÓN NO LA TENÍA ANTES 898

P-2723

ONFALITIS CRÓNICA EN ADOLESCENTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO 899

P-2724

IMPORTANCIA DE UNA HISTORIA CLÍNICA DE CALIDAD
EN EL PACIENTE QUE ACUDE CON ASIDUIDAD AL ÁREA
DE URGENCIAS. ANAMNESIS Y REANAMNESIS:
SU VALOR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. 899

P-2725

EL VALOR DE UNA ADECUADA HISTORIA CLÍNICA 900

P-2731

SÍNDROME DE MEIGS. A PROPÓSITO DE UN CASO 900

P-2732

CEFALEA CON SIGNOS MENÍNGEOS 901

P-2733

LAS APARIENCIAS NO SIEMPRE ENGAÑAN 901

P-2743

DOCTORA, ME DUELE TODO 902

P-2745

NO SOLO UNA FRACTURA 902

P-2746

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA 903

P-2747

ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 903

P-2748

ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA:
UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO 904

P-2750

POLITRAUMATISMO CON FRACTURA MANDIBULAR
INESTABLE 904

P-2751

UN ESGUINCE DE RODILLA DOBLEMENTE COMPLICADO ... 905

P-2755

EL BAILE FINAL 905

P-2761

HELLP, AYÚDAME 906

P-2762

DOLOR ABDOMINAL POSMENSTRUAL 906

P-2763

SÍNDROME COMPARTIMENTAL Y RABDOMIOLISIS:
ENTIDADES A VECES COEXISTENTES 907

P-2764

QUÉ PUEDE HABER DETRÁS DE UN *SHOCK* SÉPTICO 907

ÍNDICE TEMÁTICO

P-2766

EL TENDÓN DE AQUILES DE LAS QUINOLONAS.
A PROPÓSITO DE DOS CASOS 908

P-2769

A VECES NO BASTA 908

P-2773

ESTOY MUY FLOJO DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA? 909

P-2774

NECROSIS GRASA ENCAPSULADA 909

P-2776

TRAUMATISMO FACIAL Y FRACTURA DE SENO FRONTAL ... 910

P-2777

LA REPERCUSIÓN DE UN TROPIEZO 910

P-2778

RABDOMIOSARCOMA BOTRIOIDES. 911

P-2779

TE EXPLORARÉ DE LOS PIES A LA CABEZA... DEL PERONÉ ... 911

P-2786

ACTUACIÓN URGENTE EN UN ACCIDENTE DE MOTO 912

A-2540

CUIDADO CON EL ELECTROCARDIOGRAMA 912

A-2542

FRACTURA LUMBAR EN ACCIDENTE DE TRÁFICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO 912

A-2580

ABSCESO INGUINAL RECIDIVANTE:
UN DIAGNÓSTICO INVEROSÍMIL 912

A-2581

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN URGENCIAS
EN LA EDAD PEDIÁTRICA 912

A-2584

SÍNDROME BROWN-SÉQUARD EN UN POLITRAUMA GRAVE
POR ARMA BLANCA. IMPORTANCIA DE LA SISTEMÁTICA
DE LA EXPLORACIÓN ABCDE 912

A-2586

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO DEBUT DE UNA FÍSTULA
AORTOESOFÁGICA 913

A-2590

PROCESO CLÍNICO DIAGNÓSTICO EN UNA MASA TUMORAL
A EXPENSAS DE TEJIDO ÓSEO 913

A-2595

NECROSIS ASÉPTICA DE CADERA DIAGNOSTICADA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 913

A-2598

ROTURA ESPONTÁNEA DE BAZO ENMASCARADA EN CONTEXTO
DE VIRIASIS (PROBABLE MONONUCLEOSIS) 913

A-2602

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN PACIENTES
ANTICOAGULADOS DE EDAD AVANZADA 913

A-2615

MASA PALPABLE Y DOLOROSA EN MIEMBRO INFERIOR
DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN 913

A-2617

ESPONDILITIS CON MENINGITIS BACTERIANA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 913

A-2620

CUERPO EXTRAÑO GENITAL ACCIDENTAL 913



ÍNDICE TEMÁTICO

A-2624

CUANDO EL ÁRBOL NO NOS DEJA VER EL BOSQUE 913

A-2625

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO 913

A-2628

PERFORACIÓN INTESTINAL POR ESPINA DE PESCADO 913

A-2629

ERROR EN EL DIAGNÓSTICO.
A PROPOSITO DE UN CASO DE FRACTURA PATOLÓGICA 913

A-2630

LUMBALGIA Y FIEBRE, UNA COMBINACIÓN
PREOCUPANTE 914

A-2632

UN TIPO NO HABITUAL DE DERRAME PLEURAL
TRAS TRAUMATISMO 914

A-2633

ÍLEO BILIAR 914

A-2635

TETANIA Y DOLOR ABDOMINAL TRAS TRAUMATISMO
POR ELECTRICIDAD 914

A-2637

SHOCK HIPOVOLÉMICO DE ETIOLOGÍA INFRECIENTE . . . 914

A-2638

DOLOR TESTICULAR COMO MARCADOR DE PATOLOGÍA
RETOPERITONEAL 914

A-2647

¡NO ME RESPONDEN LAS PIERNAS! 914

A-2651

SÍNDROME FEBRIL Y TETRAPLEJÍA 914

A-2653

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CLAVÍCULA.
A PROPOSITO DE UN CASO 914

A-2654

AQUILES Y LA RATA 914

A-2655

SÍNDROME DE RAPUNZEL. UNA RARA CAUSA DE OCLUSIÓN
A NIVEL ABDOMINAL 914

A-2656

DOLOR ABDOMINAL TRAS LITOTRIZIA...
NO TODO ES UN CÓLICO RENAL 914

A-2658

TERATOMA QUÍSTICO MADURO BENIGNO.
TUMOR MEDIASTÍNICO COMO CAUSA EXCEPCIONAL
DE DOLOR TORÁCICO 915

A-2668

HERIDA POR ARMA BLANCA EN ABDOMEN 915

A-2676

ESTO YA NO ES UN CÓLICO RENAL 915

A-2677

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS.
UTILIDAD EN EL MANEJO PACIENTE ATRAUMÁTICO.
A PROPOSITO DE UN CASO 915

A-2678

DOLOR ABDOMINAL, MOTIVO HABITUAL DE CONSULTA
EN URGENCIAS 915

ÍNDICE TEMÁTICO

A-2688

PERFORACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO
POR CABLE DE MARCAPASOS 915

A-2689

DOLOR ABDOMINAL CÓLICO DE ORIGEN ESQUIVO 915

A-2695

SEPSIS GRAVE POR INFECCIÓN PERIPROTÉSICA DE
CADERA IZQUIERDA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO
INMUNOSUPRESOR QUE CONSULTA POR DESORIENTACIÓN,
PARÁLISIS FACIAL Y HEMIPARESIA IZQUIERDA 915

A-2697

HEMATOMA PERIRRENAL TRAS LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA.
A PROPÓSITO DE UN CASO 915

A-2699

ADOLESCENTE CON DOLOR EN MIEMBRO
INFERIOR DERECHO 915

A-2700

UNA URGENCIA QUE ES UNA EMERGENCIA.
TAPONAMIENTO CARDIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO 916

A-2706

PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA DE INTESTINO
DELGADO EN URGENCIAS COMO DEBUT DE ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL 916

A-2717

DOCTOR, SE ME CAE LA BABA 916

A-2718

POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE HÍPICO 916

A-2734

ACCIDENTE DE TRÁFICO 916

A-2738

DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO: CÁNCER DE OVARIO ... 916

A-2749

SÍNDROME CONO MEDULAR O COLA DE CABALLO 916

A-2754

FRACTURA DEL SUELO DE LA ÓRBITA TRAS TRAUMATISMO
FACIAL ACCIDENTAL 916

A-2765

ACCIDENTES EN ESCALADA: INMOVILIZACIONES,
SEGUIMIENTO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
(DOS CASOS CLÍNICOS) 916

A-2768

INTOXICACIÓN QUE TERMINÓ EN CIRUGÍA 916

A-2771

DOLOR ATRAUMÁTICO DE MIEMBRO INFERIOR 917

A-2780

INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA SEMIRRÍGIDA EN PACIENTE
CON FRACTURA ABIERTA 917

A-2781

HEMATOMA MEDIASTÍNICO CON RADIOGRAFÍA DE URGENCIAS
NORMAL 917

A-2782

ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOMEDIASTINO COMO
MANIFESTACIÓN DE FRACTURAS DEL MACIZO FACIAL 917

A-2783

SIENTO NO PODER MONTAR A CABALLO ESTE VERANO 917

P-2808

ASINCRONÍA DE AUTOCICLADO POR FASCICULACIONES ... 917



ÍNDICE TEMÁTICO

P-2810

DOCTOR, ME FALTA EL AIRE 918

A-2801

TROMBOSIS AORTICA CON EXTENSION ILIACA BILATERAL . . 918

A-2792

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) CON V-60:
CASO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 918

índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 1

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-50

BREVE VISIÓN DE LA UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN LA PATOLOGÍA GRAVE EN EL HOSPITAL NACIONAL DE RABOUNI EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS EN TINDOUF

D Chaparro Pardo (1) M Martínez Agüero (1), B Rojano Martín (1),
M Maroto Rubio (1), K Moubarek (2), B Mercado Bayona (1),
J Bustamante Mandrón (1)

(1) Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) Hospital Nacional de Rabouni. Sáhara Occidental

PALABRAS CLAVE: ultrasound-emergency ultrasound-pocus

OBJETIVOS:

Describir los diagnósticos ecográficos en los pacientes graves que acuden al servicio de urgencias de este centro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El Servicio de Urgencias del Hospital Nacional de Rabouni recibe un total de unas 30 urgencias al día. En este trabajo, se utilizó un ecógrafo Sonosite Iviz para la realización de la ecografía a pie de cama de los pacientes clasificados como graves por el médico de urgencias durante un periodo de 4 mañanas en horario de 10 a 14. Después se comparó el resultado del diagnóstico ecográfico con el dado definitivamente por el médico.

RESULTADOS:

Se describieron 7 pacientes en total, apreciándose 3 pacientes con neumonía, 1 paciente con neumonía y hemoperitoneo, 1 paciente con fracción de eyección disminuida y 2 pacientes con ecografía normal. En el caso de los pacientes con ecografía normal, el diagnóstico final fue crisis renouretal en un caso y palpitaciones sin diagnóstico de patología del ritmo en el segundo. En los otros 5 casos, el diagnóstico definitivo coincidió con el ecográfico.

CONCLUSIONES:

La ecografía a pie de cama en los campamentos de refugiados saharauis puede ser una herramienta útil para el diagnóstico de la patología de urgencia al ser relativamente sencillo su uso, generar una gran información en cuanto al estado y el diagnóstico del paciente, y no requerir de material fungible caro y difícil de encontrar en este medio, a diferencia de otros medios diagnósticos de imagen.

O-58

TAPONAMIENTO CARDIACO: UNDER PRESSURE

P Arribas Arribas, E Antolín Barrios, L Lapuerta Irigoyen,
S Alconchel García, E Carramiñana López, J Jodra Pérez,
P Guallar Sola

Complejo Hospitalario de Soria

PALABRAS CLAVE: taponamiento cardiaco-ecocardiografía-pericardiocentesis

OBJETIVOS:

Describir situaciones de TC en las que la valoración ecográfica puede ser difícil o conducir a error. Detectar y razonar causas de variabilidad en la presentación de signos clásicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se describen casos reales en los que la semiología ecográfica no fue la habitual a pesar de clínica de TC. Se razona la ausencia de signos en cada caso.

RESULTADOS:

Caso 1, mujer 40 años con pericarditis, clínica rápida de TC, derrame pericárdico moderado, incipiente bamboleo, colapso AD, variación flujo doppler y VCI dilatada. La presencia de TC a pesar de derrame aparentemente moderado se explica por rapidez de instauración. Caso 2, varón 80 años, fibrosis pulmonar y fibrilación auricular, derrame pericárdico crónico ya conocido (inespecífico) cuantitativamente severo pero sin signos de alta presión en seguimiento. Acude con TC, derrame severo (similar a control previo), muy ligero bamboleo, sin colapso de AD, VCI dilatada, flujo doppler no valorable por fibrilación auricular. La ausencia de colapso AD se explica por preexistencia de hipertensión pulmonar. Caso 3, varón 78 años fibrilación auricular, derrame pericárdico crónico ya conocido (inespecífico) cuantitativamente severo pero sin signos de alta presión en seguimiento. Acude con síntomas TC, derrame severo (similar a control previo), bamboleo evidente y colapso de AD, VCI dilatada, flujo doppler no valorable por fibrilación auricular. En el caso 2 y 3 hay que considerar que en derrames voluminosos, un ligero aumento de volumen supone gran aumento de presión. Caso 4, varón 60 años, cáncer broncogénico avanzado. Presenta TC con derrame severo, bamboleo, colapso AD, VCI dilatada y variación respiratoria de flujo tricuspídeo.

CONCLUSIONES:

La TC puede ser diagnosticado de manera fiable con ecografía por un médico de Urgencias. Los signos ecográficos típicos pueden estar ausentes o ser difícilmente valorables.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-94

¿SE PUEDE MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE TC CRANEAL EN PACIENTES CON CEFALEA EN URGENCIAS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO DE SOLICITUD ELECTRÓNICA?

J Corres González, R Romera, BM Fernández, A Royuela, ME Cobo, A Vicente, J Zamora

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: cefalea-TAC craneal-regla de predicción clínica**OBJETIVOS:**

Evaluar la utilidad, determinada por la reducción de solicitudes inadecuadas de TCC, al implementar un algoritmo de solicitud electrónica de TCC para pacientes que acuden al servicio de urgencias por cefalea.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda estructurada de Reglas de Predicción Clínica y Revisiones Sistemáticas de validez diagnóstica seguida de la evaluación de la calidad y generación de recomendaciones sobre el uso del TCC en pacientes que consultan en urgencias por cefalea, con el consenso multidisciplinar entre profesionales. Se procedió a la implementación mediante un Sistema de Apoyo a la Decisión (CDS) (proyecto FIS MAPAC-imagen). Para conocer su utilidad (determinada por el número de solicitudes de TCC y porcentaje de hallazgos patológicos) se ha procedido a un análisis preimplantación (6 meses, abril-agosto 2015) y postimplantación (6 meses, abril-agosto 2016) en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS:

Se han incluido 2 premisas obligatorias y 10 factores de alarma que indican la realización de un TCC por cefalea en el CDS. En el periodo de estudio preimplantación acudieron al servicio de urgencias 69081 pacientes, realizándose 5605 TC por todos los motivos de consulta y 408 TCC (7,3%) por cefalea. En un 10% de los casos se encontró un hallazgo patológico relacionado con la cefalea como hemorragia subaracnoidea, hematoma, lesiones focales o dilatación ventricular. En el periodo de estudio postimplantación de la solicitud electrónica acudieron a urgencias 72715 pacientes, realizándose un total de 6004 TC y 259 TCC por cefalea (4,3%) (reducción de un 3% -2,1-3,8%- 95% IC; $p < 0,0001$), con un 11% de hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES:

El número de TCC que se realizan en urgencias por cefalea es elevado. La implementación de un protocolo informatizado de solicitud de esta prueba reduce de forma significativa el número de exploraciones, sin reducirse el porcentaje de hallazgos patológicos relacionados con este motivo de consulta.

O-95

UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO

J Armas Castro, J Real López, B Giménez Fernández, L Fernández Calvo, J López Paterna

Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante

PALABRAS CLAVE: capnografía-disnea-ventilación mecánica**OBJETIVOS:**

Determinar la utilidad de la capnografía transcutánea en pacientes con ventilación mecánica no invasiva en el ámbito prehospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio prospectivo transversal con 25 pacientes atendidos por el Servicio de Emergencia Prehospitalaria de Alicante (SAMU) en el periodo Octubre 2016-Marzo 2017 que precisaron aislamiento de vía aérea y ventilación mecánica no invasiva (VMI) en situación de inestabilidad hemodinámica. Se realizó valoración inicial del capnograma y la capnografía a través de un estadístico de correlaciones.

RESULTADOS:

Se realizó el análisis de la capnografía y el capnograma en 25 pacientes que requirieron aislamiento de la vía aérea con edad media de 54 años (desviación estándar 13.3) cuya causa principal fue la insuficiencia respiratoria aguda en contexto de claudicación ventricular o miocardiopatía isquémica. Otras causas de asilamiento de vía aérea fueron: parada cardíaca, politrauma con contusión torácica cerrada y coma de etiología múltiple. Se correlacionó el valor de la capnografía al inicio de la VMI (EtCO_2) con el valor inicial de la PaCO_2 en la gasometría de admisión ($r = 0.79$, $p < 0.001$) a través de un análisis de regresión lineal. Se realizó un estudio de correlación entre el valor inicial de la capnografía y el valor final después del uso de soporte con drogas vasoactivas sin afectación del capnograma. ($r = 0.75$, $p < 0.001$). Durante la monitorización continua de la capnografía se detectaron causas de hipoxemia como: malposición del tubo endotorácico, extubación accidental, hipercapnia no permisiva, hipoperfusión por hipotensión secundaria.

CONCLUSIONES:

El uso de la monitorización continua de la EtCO_2 constituye un método de valoración de la ventilación alveolar en el paciente crítico con VMI en situación de inestabilidad hemodinámica.



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-120

PRECISIÓN, SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA ECOGRAFÍA REALIZADA POR URGENCIÓLOGOS, EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS (SU): NECESITAMOS EXPERIENCIA

S Jiménez Hernández (1), MT Maza (2), E Ortiz (3), J Chehayeb (4), R Campo (5), R Nogué (6)

(1) Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona (2) Servicio de Urgencias. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. (3) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Donostia. (4) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Valladolid. (5) Servicio de Urgencias. Hospital de Santa Bárbara. Soria (6) Facultad de Medicina. Universidad de Lleida

PALABRAS CLAVE: ecografía-trombosis venosa profunda-servicio de urgencias

OBJETIVOS:

Evaluar la precisión, la seguridad y la eficiencia de la ecografía realizada por urgenciólogos, respecto al *gold standard* (realizada por radiólogos/vasculares) para el diagnóstico de la TVP.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo multicéntrico de cohortes, realizado en 11 SU. Inclusión (muestreo de oportunidad) de pacientes con sospecha de TVP, asignados a grupo control (evaluados ecográficamente por el urgenciólogo y posteriormente por el radiólogo/vascular) y grupo caso (evaluados únicamente por el radiólogo/vascular), según estrategia diagnóstica basada en la probabilidad clínica y determinación del dímero-D. Se analizaron variables relacionadas con el paciente, con el urgenciólogo, con el resultado de la prueba y tiempos de estancia y acontecimientos a 30 días. Se calcularon sensibilidad, especificidad, y razones de verosimilitud positiva y negativa.

RESULTADOS:

Se incluyeron 304 pacientes (95 control, 209 caso). Periodo de inclusión Enero a Julio de 2016. No se registraron diferencias entre los dos grupos en relación a variables bio-demográficas, de comorbilidad y FR para el desarrollo de TVP. La frecuencia de pacientes en las diferentes categorías de riesgo (escala de Wells) fue similar en ambos grupos. La prevalencia de TVP en la cohorte global fue de 35,5% (IC 95% 30,3-41,0). La sensibilidad de la ecografía realizada por urgenciólogos fue superior según la experiencia -curso/meses vs. uso habitual: 71,4 (IC 95% 0,50-0,86) vs. 94,7 (IC 95% 82,7-98,5), así como la especificidad 83,3 (IC 95% 55,2-95,2) vs. 96,6 (IC 95% 88,4-99,0). Las razones de verosimilitud positiva y negativa para la ecografía realizada por urgenciólogos con uso habitual fueron, respectivamente del 27,94 y del 0,054. El tiempo para la realización de la ecografía por el urgenciólogo fue de $1,99 \pm 1,60$ horas frente a $24,1 \pm 41,10$ del radiólogo/vascular. Durante el seguimiento a 30 días, se registraron 3 muertes, ninguna de ellas por recurrencia o hemorragia.

CONCLUSIONES:

La ecografía de EEII para el diagnóstico de TVP realizada por urgenciólogos es precisa, segura y podría resultar eficiente. Sin embargo, se requiere de experiencia basada en el uso habitual de esta técnica.

P-1

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: PRIMEROS 102 PACIENTES

FJ Gil Gómez, D Sánchez Sendín, I Miguens Blanco, V Palazuelos, M Vicente de la Cruz, J Sevillano, J Andueza Lillo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PALABRAS CLAVE: ecografía-urgencias-agilización

OBJETIVOS:

Analizar los primeros casos en los que empleamos la ecografía clínica en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Analizamos los primeros 102 pacientes que acudían a nuestro servicio de urgencias con patología urgente y ecografiable. Empleamos distintos protocolos de actuación: hipotensión, disnea, volumen, dolor abdominal; síncope, sepsis, TVP, ECO cardio Blandos músculo-esquelético, otros. Para ello utilizamos: medida de la cava y su colapso con la inspiración yugular interna, corazón subcostal FAST, aorta abdominal, vesícula biliar, patrón pulmonar, valoración de TVP de MMII, otros: celulitis, lesiones osteomusculares, obstrucción intestinal, apendicitis, procedimientos Sondas convex y de alta frecuencia. Estudio descriptivo.

RESULTADOS:

Sexo: 67,6% eran mujeres. Edad: 70.04 años (16-93). Tiempo: 216 s (30-600). En un 80% de los casos hicimos varios protocolos. Agiliza y apoya la decisión del paciente en casi el 100% de los casos. Es definitiva en un 75% de los casos. En los casos en los que se puede comparar con ECO por radiólogo o RX alcanza un 80% de fiabilidad. 5% gas. Nos ayudó para el diagnóstico en un 86,3% de los casos. Grupos estudiados: Volumen 84,3%, Cardio 49%, Disnea 44,1%, Dolor abdominal 29,4%, Sepsis 13,7%, Síncope 10%, Músculo 8%, TVP 7%, Hipotensión 5%, Blandos 4%, Otros 8%. Diagnósticos más frecuentes: valoración de aceptación de líquido 52%, ICC 15%. Reagudización de EPOC 10,8%, neumonía 7,8%, dolor abdominal inespecífico 6,9%, descarte de TVP 4,9%, otras.

CONCLUSIONES:

Prueba rápida, eficaz. Agiliza y apoya la decisión del paciente en casi el 100% de los casos. Es definitiva en un 75% de los casos. En los casos en los que se puede comparar con ECO por radiólogo o RX alcanza un 80% de fiabilidad. Solo en un 20% de los casos es necesaria la intervención por parte del radiólogo. En nuestro medio se utiliza fundamentalmente para control del volumen del paciente, así como sus problemas cardiorrespiratorios más frecuentes.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-3

UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL DE CRÁNEO

L Prieto Lastra, F Mateos Chaparro, H Alonso Valle, M González Ruiz,
B Negueruela García, M Andrés Gómez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: cráneo-radiología-traumatismo encefálico

OBJETIVOS:

Demostrar, a propósito de un caso, cómo la radiología convencional es necesaria en el descarte de patología banal.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Presentamos una paciente de 76 años que acude a urgencias con una tumoración en la región parietal derecha de 3 semanas de evolución 3 semanas y que ella relaciona con un traumatismo en esa zona en las mismas fechas.

RESULTADOS:

En la radiografía de cráneo, ya se aprecia una destrucción ósea importante y una voluminosa ocupación de partes blandas. En ese momento, y ante el resultado observado, se reinterroga a la paciente descubriendo que estaba en estudio por una tumoración mamaria. Se realiza TAC de cráneo con el siguiente resultado: voluminosa lesión lítica extraaxial parietal izquierda que causa una destrucción completa del hueso, con importante componente de partes blandas de aproximadamente 3,6 x 7, 6 cm (craneocaudal, y AP), y engrosamiento dural subyacente. Se acompaña de tres lesiones de similares características la de mayor tamaño en región parietal izquierda de 1,5 cm. Se completa el estudio y se diagnostica de Carcinoma infiltrante de mama estadio IV, con metástasis óseas y pulmonares.

CONCLUSIONES:

En los servicios de urgencias hospitalarios, las radiografías de cráneo son unas de las pruebas que se solicitan de manera más habitual, para descartar patología ante TCE leves. Lo habitual es que la radiología convencional de cráneo se utilizara para autoprotección legal. Sin embargo, y como podemos apreciar en casos como en el presentado tienen cierta rentabilidad diagnóstica, ya que es una prueba no invasiva, barata y con poca exposición a radiación. Además este caso nos recuerda la importancia de tener en cuenta los antecedentes personales de los pacientes.

P-15

INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA AGUDA
EN UN PACIENTE DE 37 AÑOS. UNA PERSPECTIVA
DESDE EL POCUS (*POINT OF CARE ULTRASOUND*)

G Moreno Basarrate (1), MV Montejo Olivares (2),
M Garmendia Zallo (1), JL Blázquez Díez (2),
D Izaguirre Díaz de Lezana (1), L Cortón Corral (1),
JM Álvarez Franco (3)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

(2) Servicio de Urgencias. Hospital de Urduliz. Vizcaya. (3) 061. Mallorca

PALABRAS CLAVE: point of care ultrasound-focussed cardiac ultrasound-acute cardiac failure

OBJETIVOS:

Plantear la necesidad de implementar la exploración en determinados escenarios clínicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 37 años sin antecedentes salvo cirugía torácica reparadora en 2003 tras politraumatismo. Consulta por disnea de esfuerzo de dos semanas de evolución. No asocia dolor, palpitaciones u otro síntoma órgano-específico. Exploración: Saturación oxígeno aire ambiente 100%. 20 respiraciones-minuto. 100 latidos-minuto. Presión arterial 115/75. Consciente y orientado con afectación del estado general. Aceptable perfusión periférica. Plétora yugular no fija. Sub-crepitanes en ambas bases pulmonares. Bioquímica con marcadores de daño miocárdico, hemograma y coagulación normales. Radiografía de Tórax con aumento de silueta cardíaca respecto a previa realizada meses antes y signos de congestión pulmonar. Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 120 con signos de sobrecarga ventricular izquierda. En este contexto clínico se plantea la ecocardiografía focal con los objetivos siguientes: ¿Tiene derrame pericárdico? ¿Tiene disfunción sistólica ventricular izquierda?

RESULTADOS:

Hallazgos POCUS: Ventana subxifoidea disfunción sistólica del ventrículo izquierdo con dilatación aneurismática de raíz aórtica. Ausencia de derrame pericárdico. Ventana paraesternal eje largo. Ventrículo izquierdo dilatado con disfunción sistólica severa con gran dilatación aneurismática desde raíz aórtica. Ventana apical cinco cámaras, dilatación aneurismática de raíz aórtica con imagen lineal pulsátil compatible con flap intimal. Análisis Doppler continuo con signos de insuficiencia aórtica severa. Ante los hallazgos se realiza angio TC informada como severa dilatación de aorta ascendente con puerta de disección sobre ostium coronario.

CONCLUSIONES:

Reflexión sobre la necesidad de la aplicación del método POCUS en determinadas situaciones clínicas, principalmente shock-hipotensión, parada-periparada y disnea. Su correcto uso cambia dirección, rumbo y tratamiento de estos pacientes.





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-16

ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO PARTE DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO: OTRO CÓLICO BILIAR

E de Vega Ríos, M Briega Molina, N Gilabert González,
N Labrador San Martín, JV Torres Torres, A Von Wernitz Teleki,
M Aguilar Mulet

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: ecografía clínica-urgencias-dolor abdominal

OBJETIVOS:

Resaltar la utilidad de la ecografía clínica en los servicios de urgencia hospitalarios a través de un caso clínico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón 51 años. Refiere como único antecedente de interés una hepatitis en la infancia, consulta por primer episodio de dolor en hipocondrio derecho tipo cólico de alta intensidad acompañado de náuseas sin vómitos de 2 horas de evolución. No cambios en la orina o heces, no alteraciones cutáneas. En la anamnesis por aparatos niega otros síntomas.

RESULTADOS:

Regular estado general, impresiona de dolor. Hemodinámicamente estable, normocoloreado. A la exploración física destaca taquicardia a 100 lpm, abdomen con dolor espontáneo en hipocondrio derecho, blando sin defensa abdominal, no se palpan masas, hepatomegalia discreta, no datos de irritación peritoneal, Murphy negativo. Analíticamente destaca Hb 12.1 g/dl, 102.000 plaquetas, bilirrubina 2.66 mg/dl con patrón de citolisis hepática y colestasis. Ante la sospecha de cólico biliar, se inicia tratamiento con paracetamol intravenoso con excelente respuesta analgésica. Se realiza ecografía clínica donde se observa masa heterogénea de 13 x 6.5 cm que ocupa prácticamente la totalidad del lóbulo hepático derecho con parénquima hepático normal en lóbulo hepático izquierdo. No líquido libre intraabdominal. El paciente ingresa y se realiza TAC abdominal compatible con hepatocarcinoma multicéntrico y serología positiva VHC.

CONCLUSIONES:

El paciente presenta un cuadro compatible con cólico biliar con excelente respuesta analgésica y ausencia de datos de complicación que no obligaba a la realización de mayores exploraciones. La incorporación de la ecografía en la exploración de los pacientes con dolor abdominal permitió en este caso un diagnóstico más precoz de una patología grave. El empleo de ecografía clínica en urgencias permite una valoración completa del paciente con detección temprana de patología abdominal que modifique el manejo y el pronóstico del paciente a largo plazo. Su empleo rutinario en los servicios de urgencia complementa a la anamnesis y exploración física, por lo que es una herramienta imprescindible hoy en día que debe fomentarse su uso desde los primeros años de residencia.

P-31

MECANISMO DE LESIÓN Y HALLAZGOS EN EL TC CRÁNEO/CÉRVICO/TORACO/ABDOMINOPÉLVICO (PAN, TC) EN PACIENTES CON TRAUMATISMO POTENCIALMENTE GRAVE

J Corres González, E García Santana, BM Fernández Félix,
C Campos Ferrer, A Vicente Bartulos, J Zamora Romero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: politraumatizado-mecanismo lesional-TAC

OBJETIVOS:

Evaluar los hallazgos del Pan-TC en pacientes con TPG y su relación con los diferentes mecanismos de lesión.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la sala de emergencias de un hospital de tercer nivel con TPG a lo largo de seis meses (abril ? agosto de 2016) en los que se realizó un Pan-TC por presentar al menos uno de los 10 mecanismos de lesión incluidos en la solicitud electrónica. Los resultados se definen por la presencia o ausencia de hallazgos radiológicos traumáticos en las distintas regiones anatómicas y su relación con el mecanismo potencial de lesión.

RESULTADOS:

Se realizaron 136 Pan-TC por TPG en el periodo de estudio encontrando hallazgos radiológicos traumáticos craneocervicales en 15 pacientes (11%), lesiones torácicas en 25 (18,38%) y lesiones abdominopélvicas en 11 (8,1%). En 92 pacientes no se evidenció lesión traumática (67,65%). En 7 pacientes (5%, los hallazgos radiológicos traumáticos incluían más de 1 territorio. Al comparar a los 111 pacientes con un solo mecanismo de lesión respecto a los 25 que tenían más de un mecanismo, no encontramos más hallazgos positivos en el Pan-TC ($p = 0,666$). Los mecanismos de lesión que se relacionaron con mayor frecuencia con hallazgos en el Pan-TC fueron la presencia de lesiones anatómicas en la exploración (66,67%), la caída de más de 5 metros (50%) y el mecanismo de alta energía (47,37%).

CONCLUSIONES:

La utilización de un modelo informatizado de ayuda a la decisión clínica en la solicitud de Pan-TC en pacientes con TPG se ha mostrado útil, encontrando lesiones en el 32,35% de los pacientes. La presencia en la exploración de lesiones anatómicas, la caída de más de 5 metros y el mecanismo de alta energía se asocian con mayor frecuencia a lesiones traumáticas.



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-38

LA ECOGRAFÍA, UNA HERRAMIENTA PARA LAS ENFERMERAS

LN Fadrique Millán (1), JP González de Peña (2), RM González Bañuelos (1), RM Cárdena García (3), JM Hernández Gajate (1), J Álvarez Manzanares (1), C del Pozo Vegas (4)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Residencia Concertada S.A. (3) Gerencia de Emergencias Segovia. (4) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: ultrasonidos-ecografía-enfermería

OBJETIVOS:

Recopilar estudios que demuestren la utilidad de la ecografía en la realización de técnicas enfermeras. Valorar la utilidad de la ecografía como herramienta de trabajo en los procesos enfermeros. Estimar la posibilidad de ampliar la formación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como PubMed, Medline plus, Scielo, o Cuiden. Los idiomas utilizados fueron inglés y español utilizando como límites de la búsqueda los años: 2006-2016.

RESULTADOS:

Del total de artículos encontrados, se analizaron un total de 19 estudios que demostraron la utilidad de la ecografía en técnicas de enfermería como: canalizaciones venosas de difícil acceso, punciones arteriales, transferencia de embriones, cura de heridas en extremidades inferiores, canalización de catéter umbilical en neonatos, etc.

CONCLUSIONES:

La ecografía es una técnica de imagen sencilla, no invasiva, accesible, que no utiliza radiaciones ionizantes. Tradicionalmente se ha utilizado para guiar en procedimientos médicos pero en la última década cada vez son más los estudios que demuestran que la ecografía, es también una herramienta para enfermería. Existen muchas técnicas en las que la utilización de la ecografía supondría una mejora para el trabajo enfermero, la calidad asistencial y una mejor gestión de los recursos. Con una formación básica al personal de enfermería y una mayor disponibilidad de ecógrafos portátiles, las técnicas de enfermería ecoguiadas podrían ser pronto parte del trabajo diario de enfermería.

P-107

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

A Navarro Carrillo (1), MA Romero Cebrián (1), E Cuesta Vizcaíno (2), M Martínez Ramírez (3), M Bartolomé Navarro (3), P Amores Valenciano (3), P Navarro Carrillo (4)

(1) Hospital General de Villarrobledo. Albacete. (2) Hospital General de Albacete. (3) Hospital General de Almansa. Albacete. (4) Centro de Salud de Rascafría. Madrid

PALABRAS CLAVE: ultrasonography-emergency service-hospital-point of care systems

OBJETIVOS:

Análisis de aquellos procesos en los que la ecografía clínica puede ser de utilidad en los servicios de urgencias, como una herramienta más de la que dispone el clínico para ayuda de toma de decisiones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes: aquellos que acuden al servicio de urgencias del Hospital de Villarrobledo, y que precisan de realización de ecografía clínica como ayuda diagnóstica por un profesional con formación previa que lo capacita. Método: descripción y análisis de los procesos en los que se realiza dicha prueba diagnóstica. El hospital no dispone de radiólogo de presencia física los días laborables de 15:00 a 08:00 horas ni los días festivos. Esto, junto con la presión asistencial elevada, condicionan en qué tipo de patologías se utiliza con mayor frecuencia la ecografía clínica en nuestro servicio. El ecógrafo utilizado dispone de sonda combex, por lo que el estudio está limitado para determinadas situaciones (trombosis venosa, musculoesquelético...).

RESULTADOS:

Durante un mes se realizaron 34 ecografías de orientación clínica por un mismo facultativo. Los escenarios clínicos fueron: trauma abdominal (2.94%), distensión abdominal (11.76%), dolor en hipocondrio derecho (38.23%), hematuria (8.82%), insuficiencia renal (8.82%), dolor en fosa renal (8.82%), disnea (2.94%), procesos ecoguiados (paracentesis y toracocentesis: 5.88%), hipotensión mantenida (2.94%) y dolor torácico (2.94%). En el 100% de los casos los resultados fueron valorados de utilidad para la toma de decisiones. En el 91.17% de los casos no se requirió ecografía reglada por radiología.

CONCLUSIONES:

Existe repertorio, cada vez más amplio, de aplicaciones en las que la ecografía clínica tiene capacidad resolutoria, siendo una técnica inocua y con rápida curva de aprendizaje. La implementación de programas de capacitación en ecografía clínica, supondría grandes beneficios costo-efectivos en los servicios de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-123

RADIOGRAFÍA DE RODILLA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

P V G, J Garrafa Delgado, M Catalán Ladrón

Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza

PALABRAS CLAVE: radiografía de rodilla-urgencias-reglas de Ottawa

OBJETIVOS:

Citar un estudio descriptivo en el servicio de Urgencias de un Hospital comarcal, aplicando una relación del número de estudios radiográficos solicitados y hallazgos que evidencien alguna lesión de fractura o luxación justificada por un criterio clínico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo del número de radiografías de rodilla solicitadas en el Servicio de urgencias del Hospital Ernest Lluch de Calatayud, recopilados del puesto Clínico Hospitalario (PCH), comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año 2016. Para esto se tamizaron variables: edad, sexo, solicitud según grado de prioridad (Triaje), según destino del paciente, diagnóstico de alta con o sin lesión fracturaria o luxación.

RESULTADOS:

Se realizaron 864 proyecciones de rodilla. Por el grado de prioridad (Triaje) 71% IV, 16% III, 9% V, 3% II y 1% I. Las proyecciones fueron, AP/L (71%), AP/L/axial (16%), AP/L/Oblicuo (10%), bilateral (3%). Según grupos de edad: 0-20 (17%), 21-40(16%),41-60 (25%), 61-80 (28%), 81-100 (14%). Según Sexo, masculino 45%, Femenino 55%. Por el destino fueron domiciliados el 93%, 6% ingresados, 1% traslados. Según diagnósticos de alta no fracturario: gonalgia (42%), contusiones 25%, esguinces (18%), policontusiones (9%), tendinitis (6%). Se incluía diagnóstico de fractura de rótula 31%, fractura cerrada de fémur distal (29%), fractura de peroné proximal cerrada (17%), fractura de tibia proximal (24%).

CONCLUSIONES:

De todas las proyecciones radiológicas de rodilla, solo el 6.13% evidencio hallazgo fracturario o luxación. Su solicitud represento en su mayoría un grado IV de complejidad. El diagnóstico de alta que no incluía el de fractura o luxación fue el de gonalgia. Un gran porcentaje de pacientes a quienes se les solicita esta prueba fueron domiciliados. Existe poca relación entre la prueba solicitada y lesión fracturaria. Una forma de reducir las solicitudes de radiografías innecesarias es la aplicación de las reglas de Ottawa para rodilla, evitando exposiciones innecesarias y reduciendo el gasto económico.

P-133

PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAFÍA BÁSICA FOCALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS SAMUR-PC

MJ Matías García, S Ferrero Lobo, M Arévalo de Pablos

Samur-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: protocolos-ecocardiografía-urgencias extrahospitalarias

OBJETIVOS:

El objetivo principal de nuestro protocolo pretende proporcionar un esquema rápido de actuación en las patologías médicas y traumáticas más prevalentes en nuestro medio, integrando la ecocardiografía en la emergencia extrahospitalaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Hemos realizado una revisión de la bibliografía disponible en ecocardiografía básica focalizada. Basándonos en el protocolo FATE, FEEL y RUSH, hemos adaptado los distintos planos de estudio en función de la patología sospechada.

RESULTADOS:

Dentro de los planos clásicos de estudio en ecocardiografía, hemos adaptado la exploración ecocardiográfica a cada patología. Así, de los cuatro abordajes posibles, si sospechamos: a) patología coronaria: nos centraremos en el plano paraesternal eje largo/corto y apical para ver FEVI, hipoquinesias y descartar afectación Mitral, b) paciente politraumatizado: el plano de elección será el subxifoideo para valorar la existencia o no de derrame pericárdico junto el protocolo FAST, c) parada cardiorrespiratoria con sospecha AESP: el abordaje será subcostal para verificar contractilidad cardiaca, d) sospecha enfermedad tromboembólica: plano paraesternal eje largo y apical 4C nos permiten valorar contractilidad de VD, abombamiento o movimiento paradójico del septo.

CONCLUSIONES:

Con este protocolo de ecocardiografía rápida en el Servicio de Emergencias Extrahospitalarias SAMUR-PC, y en combinación con el protocolo ECO-FAST ya presente en nuestras actuaciones, queremos implementar la calidad de nuestra asistencia realizando una orientación diagnóstica, un enfoque preciso y un abordaje GLOBAL del paciente grave, ya sea de causa médica o traumática.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-136

ECOGRAFÍA EN URGENCIAS, O CÓMO PONER OJOS AL FONENDO

G Fernández Bayón (1), S Calvo Argüello (2), C del Pozo Vegas (1),
R Alonso Avilés (1), EA Serrano Lacouture (1), J Chehayeb Morán (1),
C Laserna Rodríguez (1)

(1) Hospital Clínico Universitario. (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: techniques-ultrasonography-diagnosis

OBJETIVOS:

Demostrar la concordancia diagnóstica del estudio ecográfico en Urgencias, frente al diagnóstico final del paciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Desde el mes de julio de 2016 al mes de febrero de 2017, se tomaron datos del proceso clínico (previo consentimiento informado), y del estudio ecográfico realizado en el servicio de Urgencias, comparando los hallazgos ecográficos con el diagnóstico final.

RESULTADOS:

-Patología digestiva: Se estudiaron 40 pacientes, de los cuales 28 presentaban patología de vías biliares, 5 de ellos sospecha clínica y ecográfica en Urgencias de apendicitis aguda, y 7 con patología hepática no conocida previamente. La concordancia diagnóstica fue del 80%.

-Patología cardio-vascular: Se estudiaron 50 pacientes, por sospecha de isquemia arterial y trombosis venosa profunda, y se realizó ecocardiografía en 20 pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio, y derrame pericárdico. La concordancia diagnóstica en este caso fue de un 95%.

-Patología traumatológica: El objetivo en este caso, era comprobar la reducción de tiempos de asistencia al paciente politraumatizado. Se realizó por ecografía a 15 pacientes (según protocolo ECO-FAST), siendo éste positivo en 10 de ellos, con una reducción en el tiempo de asistencia medio a estos pacientes de 20 minutos frente a otras pruebas de imagen como la TC.

-Patología urológica y gineco-obstétrica: Se realizó en 30 pacientes, con una concordancia al diagnóstico final del 70%. Se estudió a 10 hombres y 15 mujeres con diferentes patologías del aparato genital con una concordancia al diagnóstico final del 80%.

-Patología ocular: Se registraron 30 ecografías oculares, con diagnósticos de desprendimiento de retina, desprendimiento de vítreo, condensación de vítreo, y 2 pacientes con neuritis óptica retrobulbar. La concordancia diagnóstica fue del 85%.

-Técnicas de enfermería: Se canalizaron 25 accesos venosos periféricos, 15 accesos venosos centrales, y 16 gasometrías arteriales con ayuda de la eco-guía.

CONCLUSIONES:

Las técnicas diagnósticas por ecografía han demostrado su utilidad en la mejora de la asistencia a los pacientes críticos.

P-138

USO DE LA ECOGRAFÍA CARDIACA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

L Cabezudo Molleda (1), EM Domínguez del Brío (1), E Álvarez Artero (1), D San Segundo Rivera (1), C Sánchez del Hoyo (1),
HG Khandji Aslan (1), A Casanova Ferrando (2)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia. (2) C.S. La Puebla. Palencia

PALABRAS CLAVE: ecocardiografía-fabricación auricular-insuficiencia cardiaca

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre el grado de IC en los pacientes con fibrilación auricular (FA) y las valvulopatías diagnosticadas mediante ecocardiograma transtorácico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de los pacientes con FA derivados desde el Sº de Urgencias al Sº de Cardiología. Analizamos las variables: edad, sexo, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus(DM), infarto previo, embolismo previo, enfermedad vascular, CHADS-VASC, HAS- BLED, FA sintomática, función renal, función hepática, presencia de sangrado previo, tratamiento antiagregante, SAHS, obesidad, tratamiento en urgencias, ecocardiograma, tratamiento de cardiología, ingreso y complicaciones.

RESULTADOS:

Analizamos un total de 120 pacientes (57 mujeres y 63 hombres), con edad media de 74 años. El 64,2% presentaban HTA, el 16,6% DM y sólo el 29,2% insuficiencia cardíaca con grado de NYHA mayor o igual a 2. El aclaramiento de creatinina medio fue de 72,9 y su puntuación media de CHADS-VASC de 3. Evaluamos la relación entre la escala NYHA y las valvulopatías, observamos que existe una correlación positiva entre la escala NYHA de los pacientes y la insuficiencia aórtica. Además la dilatación de la aurícula izquierda presenta una correlación positiva con el grado de la NYHA, la insuficiencia aórtica, la insuficiencia tricúspide y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Solo 5 de nuestros pacientes presentaba limitación para el tratamiento con anticoagulantes de acción directa ACODs, por estenosis aórtica. Al analizar la relación entre las valvulopatías y las distintas patologías estudiadas hallamos que el aclaramiento de creatinina tiene una correlación estadísticamente significativa con la insuficiencia aórtica.

CONCLUSIONES:

En los pacientes con FA el grado de la NYHA puede asociarse con la dilatación de la aurícula izquierda y la insuficiencia aórtica. La principal valvulopatía de nuestros pacientes fue la insuficiencia mitral (59,8%), seguida de la insuficiencia tricúspide (42,7%) y la insuficiencia aórtica (30,8%). De todos los pacientes con FA estudiados, solo el 4,3% tiene estenosis aórtica, que contraindicaría el uso de ACODs para el tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

A-4

ES IMPRESCINDIBLE SABER INTERPRETAR UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

J Guillén González (1), L Holgado Castell (1),
J Matamoros Hernández (2), E Guirado Barjola (3), L Royuela García (4),
L Manclús Montoya (1), P García Bermejo (1)

(1) Hospital Universitario La Ribera. Valencia. (2) C.S. Almussafes. Valencia.
(3) C.S. Llombai. Valencia. (4) C.S. Catadau. Valencia

A-44

ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO PARTE DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO: PLENITUD POSPRANDIAL

A Von Wernitz Teleki, E de Vega Ríos, JV Torres Torres, N Labrador San Martín, N Gilabert González, M Briega Molina, M Aguilar Mulet

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-89

TÉCNICA DE CANALIZACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA ECOGUIADA

RM González Bañuelos, LN Fadrique Millán, M Rodil Muñoz,
JC Sánchez Rodríguez, R López Izquierdo, JA Viveros Martínez,
JM Hernández Gajate

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

A-96

ECOGRAFÍA Y EMBOLISMO PARADÓJICO EN PACIENTE INESTABLE

J Chehayeb Morán, C del Pozo Vegas, M Celorrio San Miguel,
JV Esteban Velasco, A Hambardzumyan, G Fernández Bayón,
S Hernández Bezos

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

A-98

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA SILENTE Y ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

J Chehayeb Morán, M Celorrio San Miguel, EA Serrano Lacouture,
S del Amo Diego, S de Francisco Andrés, C del Pozo Vegas,
A Hambardzumyan

Hospital Clínico Universitario. Valladolid

A-103

SUELTA DE GLOBOS

MJ F R (1), D Fernández Valdivieso (2), L Ramírez Utrero (3),
R Antúnez Ganga (4), FM Rodríguez Rubio (5), M Ibáñez López (1),
G Alonso Sánchez (1)

(1) Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. (2) C.S. Almoradí. Alicante.
(3) C.S. El Cabo Huertas. Alicante. (4) C.S. Ugijar. Granada. (5) C.S. Calasparra. Murcia

A-105

ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ECOGRAFÍA DE URGENCIAS

M Sánchez Pérez, L Díaz Vidal, Y Aranda García,
M Najarro de la Parra, LM Román, M Zamorano Serrano,
JA Marcos Alba

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid



CAPÍTULO 2

ENFERMERÍA DE URGENCIAS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-154

IMPACTO DE LOS RITMOS BIOLÓGICOS EN LA EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MC Barneto Valero

Samur-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: circadian rhythm-thrombolysis-primary angioplasty**OBJETIVOS:**

Estudiar la presencia de variabilidad circadiana en la efectividad de las estrategias de revascularización coronaria (angioplastia primaria vs. trombolisis).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Dos estudios observacionales de cohortes retrospectivos secuenciados. Un estudio prehospitalario de pacientes diagnosticados IAMCEST realizándose trombolisis a 206 casos y un segundo estudio hospitalario realizándose ACTPp a 600 pacientes con IAMCEST. La variable resultado fue la efectividad de la trombolisis prehospitalaria (estimado por criterios clínicos y electrocardiográficos) y ACTPp hospitalaria (estimado por TIMI Frame Count corregido) y como variables de estudio la hora del inicio de síntomas de infarto y la hora de trombolisis y ACTPp, divididos en periodos horarios de 6h y 12h, además de otras variables predictoras demográficas y clínicas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica, seguimiento de preaviso hospitalario y coronariografía.

RESULTADOS:

La administración de la terapia trombolítica en la franja horaria de 6- 12 h, [$p = 0,005$ (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 ($p = 0,019$), 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? 2,49 ? 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 en la efectividad de las estrategias de reperusión coronaria-trombolisis prehospitalaria y ACTPp hospitalaria, con resultados más desfavorables en la franja horaria de 6-12 h.

O-155

EXPOSICIÓN CUTÁNEA Y OCULAR A PRODUCTOS QUÍMICOS: EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y TERAPÉUTICA DE 156 DESCONTAMINACIONES REALIZADAS EN URGENCIAS

Ò Miró Andreu, M Suárez Bernal, V Velasco Amigó, E Salgado García, S Nogué Xarau

Hospital Clínic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: exposición química cutánea y ocular-descontaminación-solución anfótera**OBJETIVOS:**

Evaluar las características de las contaminaciones químicas, el tratamiento aplicado y la evolución de los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante 7 años se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes atendidos por enfermería en el Área de Descontaminación Química (ADQ) de urgencias. Para evaluar su evolución se midió el dolor con una escala visual-analógica (EVA) antes y después de la descontaminación y posteriormente se consultó la historia clínica. Se formaron dos grupos. El grupo 1 lo integran los que se contaminaron con productos corrosivos, en los que estaba protocolizado que recibiesen una solución anfótera si eran atendidos en la primera hora de la exposición. El grupo 2 incluye contaminados con otro tipo de agentes o bien atendidos tardíamente y descontaminados con agua. Los resultados de las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%) y los de las variables cuantitativas en media y o mediana. Para la comparación se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Se han incluido 156 pacientes con una media de 37,81 (14,25) años, siendo el 50% hombres. Los productos más implicados fueron los cáusticos (36,53%), disolventes o desengrasantes (16,2%). Los accidentes laborales (45,8%) y domésticos (34,8%) fueron las causas más prevalentes y la afectación ocular (64,8%) la más frecuente. El intervalo exposición-urgencias fue de mediana 30 min y el EVA pre-post descontaminación mejoró significativamente ($p < 0,001$). En el grupo 1 ($n = 85$), 71 pacientes recibieron tratamiento con la solución anfótera. Su empleo se asoció a una mejoría significativa de los síntomas en comparación con el uso del agua ($p = 0,016$), a un descenso del EVA ($p = 0,442$) y a una menor persistencia de sintomatología pasados 30 días ($p = 0,072$). En el grupo 2 ($n = 71$), 58 casos recibieron tratamiento con agua. No se observaron diferencias significativas en la mejoría subjetiva ($p = 0,696$) ni en la reducción del dolor ($p = 0,918$), ni en la persistencia de síntomas pasados 30 días ($p = 0,352$).

CONCLUSIONES:

La descontaminación es eficaz para mejorar la sintomatología del paciente. En productos corrosivos se obtienen mejores resultados cuando la descontaminación se realiza con una solución anfótera.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-158

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA PRESENCIA DE UN SEGUNDO ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA AL TRAUMA GRAVE

F García, MI Casado Flórez, MJ García Ochoa, C Ferrero Quiñones,
P Ruiz Hornillos, C Caniego Rodrigo

Samur-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: trauma life support-pre-hospital-nursing

OBJETIVOS:

Analizar el impacto asistencial de la presencia de un segundo enfermero en el equipo de AIT prehospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo longitudinal analítico. Cohorte de traumatizados graves (ISS $\geq$ 25), atendidos por SVA y trasladados a un hospital de tercer nivel (01/01/2009 - 31/12/2014). Excluidos: exitus in situ. Variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas (ISS, GCS, PAM inicial y final) y de tratamiento (tiempo asistencial). Variable resultado: diferencia entre PAM final e inicial. Estadística: variables cuantitativas con medidas centrales y de dispersión. Cualitativas mediante frecuencias. Contraste de hipótesis: t Student, DR y Chi² cuadrado. Regresión logística binaria. Estimación de OR e IC 95%. Significación Estadística $p < 0,05$. Análisis SPSS v.24 para Mac.

RESULTADOS:

508 casos, 75% varones, más jóvenes (39 vs. 45). 289 (56,8%) atendidos por dos enfermeras, con edades similares al grupo atendido por una enfermera, pero mayor gravedad: ISS Mediana (IQR) 41 (32-52) vs. ISS 35 (29-50) ($p = 0,04$), PAM inicial 77 (63-95) vs. 83 (66-96) ($p = 0,10$) y GCS inicial 7 (3-15) vs. 13 (5-15) ($p = 0,0001$). La Mediana (IQR) del tiempo de asistencia fue de 33 min (16) vs. 34 (16) ($p = 0,12$). El 61% (177) de los pacientes atendidos por dos enfermeros mejoraron su PAM inicial ($p = 0,009$). El 12% de los casos en los que mejoró la PAM fueron atribuibles a la existencia del segundo enfermero (Chi cuadrado $p = 0,05$). En el análisis multivariante la presencia de segunda enfermera se muestra asociada a la mejora de la PAM (OR 1,67 (1,12-2,49) ($p = 0,01$).

CONCLUSIONES:

Estos datos muestran que la presencia de un segundo enfermero en la Atención Prehospitalaria al Trauma Grave ha supuesto casi el doble de probabilidad de estabilización hemodinámica, con independencia del resto de factores asociados. Se ha observado también una disminución del tiempo de asistencia, ambos factores asociados a mayores posibilidades de supervivencia.

O-184

CRITERIOS PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE

N Martín Tomero, MD Moreno Ortiz, C Barneto Valero,
MJ Bartolomé Martínez

Samur-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: advanced trauma-life support care-multiple trauma-survival

OBJETIVOS:

Analizar la supervivencia del paciente politraumatizado grave en función del manejo clínico terapéutico prehospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo. Población de estudio: pacientes politraumatizados atendidos en un SEM prehospitalario urbano trasladados con preaviso hospitalario, durante año 2016 en ciudad de Madrid. Variables resultado: Supervivencia a 6 y 24 horas y 7 días. Variables de estudio: demográficas y manejo clínico terapéutico estandarizado. Recogida de datos de historia clínica y del seguimiento hospitalario.

RESULTADOS:

N = 473, media de edad 41,47 (DE: 20,16). El 76,7% son varones, el 23,3% mujeres. En el manejo clínico terapéutico estándar: 25,6% precisa un manejo avanzado de la vía aérea (MAVA), 99,5% un acceso intravenoso, 0,4% un acceso intraóseo, 64,7% dispone de segundo acceso vascular periférico. El volumen medio administrado es 621,97 (DE: 561,86) cc, llegando al hospital con tensión arterial sistólica con una media de 121,54 (DE: 26,91) mmHg. La supervivencia a las 6 horas es del 96,62%, una supervivencia del 93% a las 24 horas, respecto a los previos y una supervivencia del 83,06% a los 7 días respecto a los previos (76,24% supervivencia del total de pacientes a 7 días). En el análisis multivariable, observamos que el MAVA ($p = 0,002$ OR 6,63; IC95% 2,04-21,57) y la reposición de volumen adaptada a las necesidades de cada paciente ($p = 0,000$; OR 1,76; IC 95% 1,31-2,35) se relaciona con la supervivencia a las 6 h, a las 24 horas ($p = 0,000$; OR 7,95; IC 95% 3,23-19,55) y ($p = 0,006$; OR 1,40; IC 95% 1,10-1,79) respectivamente y a los 7 días ($p = 0,000$; OR 8,99; IC 95% 3,67-22,01) y ($p = 0,000$; OR 1,60; IC 95% 1,26-2,03), respectivamente.

CONCLUSIONES:

El manejo avanzado de la vía aérea aporta una supervivencia 6,6 veces superior a las 6 horas, 7,95 veces superior a las 24 horas y casi 9 veces superior a los 7 días si se realiza adecuadamente. La reposición de volumen adecuada aporta una supervivencia 1,76 veces superior a las 6 horas, 1,40 veces superior a las 24 horas y 1,60 veces superior a los 7 días.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-194

HEMOCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO. ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS Y DE LOS RESULTADOS

M Torres de Sebastián, P Manzano Domínguez, M Romero Gómez,
A Martín Quirós

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: infección-hemocultivos-optimización

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes a los que se extraen hemocultivos, tasa de contaminaciones y tiempos desde extracción hasta informe final del servicio de Microbiología (SM). Identificar variables, pacientes y/o procedimientos relacionados con hemocultivos contaminados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo con inclusión de los pacientes ingresados en el SU de un hospital terciario entre el 21/2/2016 y el 27/7/2016 a los que se extrajeron hemocultivos y en estos se identificó la fecha y hora de extracción.

RESULTADOS:

Se registraron 2261 hemocultivos: 1871 (82.75%) estériles, 278 (12.29%) positivos y 112 (4.95%) contaminados. En 323 (14,28%) se registró la fecha y hora de extracción. De ellos, 202 (58.9%) eran hombres con edad media (DE) de 66.5 (21.5) años. Tenían criterios de sepsis 265 (77.3%), sepsis grave 65 (19.0%) y shock séptico 13 (3.8%). Dieciocho (5.2%) recibieron antibióticos antes de la llegada al SU y 9 (2.8%) antes de la extracción de hemocultivos. El número de frascos por paciente fue: 4.26 (0.65). En todos los pacientes con vía venosa central se extrajeron hemocultivos diferenciales. El tiempo medio desde extracción hasta recepción en el SM fue de 11:45 horas (DE = 6:16 horas) y hasta el informe final del SM de 4.7 (1.69) días. Desde la recepción en el SM hasta el informe definitivo fue 4,11 (1,68) días. En la muestra, 248 (76,78%) fueron estériles, 38 (11,76%) contaminados y 37 (11,46) con patógeno identificado.

CONCLUSIONES:

De forma global, existe un margen de mejora en la tasa de contaminaciones y en los tiempos desde extracción hasta la recepción en el SM. Existe una llamativa discrepancia entre la tasa global de contaminaciones y la encontrada en el subgrupo estudiado que debería analizarse con el fin de optimizar los resultados.

O-211

EVOLUCIÓN DEL ACCESO HUMERAL INTRAÓSEO CON DISPOSITIVO EZ-IO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS. SAMUR-PC. REVISIÓN DE CASOS AÑOS 2015-2016

R Suarez Bustamante (2), V Almagro González (1),
R Polo Izquierdo (1), MD Galán Caletgui (1), MM Alonso Sánchez (1)

Samur-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: infusion system (EZ-IO)-emergency-intraosseous access

OBJETIVOS:

Analizar la experiencia de uso del dispositivo intraóseo EZ-IO en el Servicio de Emergencias Pre-hospitalaria SAMUR-PC en los dos últimos años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes que han precisado un acceso intraóseo durante su asistencia sanitaria en un servicio de emergencias prehospitalario de la ciudad de Madrid, en los años 2015 y 2016. Variables de estudio: demográficas, tipo de paciente (PCR médica, PCR traumática, politrauma, patología médica), lugar de inserción (tibia proximal, tibia distal, humero). Tipo aguja utilizada (15 mm-25 mm-45 mm). Variable resultado: fallo de inserción (establecido por imposibilidad en la infusión de líquidos y/o drogas).

RESULTADOS:

Muestra: 130 inserciones de acceso intraóseo a 128 pacientes (58 inserciones 2015, 72 inserciones 2016), 4 niños, 124 adultos, 35% mujeres, 65% varones. Patología de uso: PCR médica 70 (54,68%), PCR traumática 17(13,28%), patología traumática no PCR 35 (27,34%), patología médica 6 (4,68%). Lugar inserción: tibia proximal 94 (72,30%), tibia distal (0%), humero 36 (27,69%). Aguja de 15 mm 4 (3,07%), aguja de 25 mm 90 (69,23%), aguja de 45 mm 36 (27,69%) De las 130 inserciones realizadas 2 (1,53%) no tuvieron éxito en un primer intento, catalogado como fallo de inserción.

CONCLUSIONES:

El uso del acceso intraóseo con dispositivo EZ-IO en el servicio de emergencia prehospitalaria SAMUR-PC está perfectamente implantado para el tratamiento del paciente crítico. Destaca, en nuestra serie, el uso del humero como punto de inserción acorde con la aguja de 45 mm, según se establece en nuestros procedimientos. Igual número de inserciones en humero, que agujas de 45 mm utilizada El fracaso en la inserción de la aguja intraósea es muy escaso (1,53%), en nuestra muestra, en base a otros artículos publicados.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-215

**ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO GRAVE
POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL CON ENFERMERÍA.
¿CÓMO LO HACEMOS?**

**C García Jiménez (2), M Olivé Caveró (3), B Carrión Pleguezuelos (4),
Y Ferreres Ramia (1), X Escalada Roig (1)**

SEM

PALABRAS CLAVE: enfermería-atención prehospitalaria-traumatismo múltiple

OBJETIVOS:

Principal: describir la asistencia de los pacientes traumáticos con criterios fisiológicos de inestabilidad (Código PPT-PO) atendidos por USVAe, en Cataluña, durante los años 2014 y 2015. Secundario: analizar el cumplimiento de la instrucción de referencia en relación a los destinos hospitalarios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo que incluye a todos los pacientes atendidos y trasladados por una USVAe de SEM y clasificados como Código PPT-PO, entre el 01/01/2014 y el 31/12/2015. Para responder al objetivo principal se describen los datos sociodemográficos, el mecanismo de lesión, región del cuerpo afectada, origen de la inestabilidad, actuación realizada y tiempo de asistencia. Para el secundario se incluye en el estudio una variable dicotómica en relación con la idoneidad del hospital receptor.

RESULTADOS:

2186 activaciones Código PPT-PO, de las que 144 cumplieron criterios de inclusión, edad media 42,7 (20-72) años, 74,3% hombres, Accidente de tráfico como causa principal (37,5%). La región corporal más afectada fue la cabeza (36,1%). La causa de inestabilidad más frecuente una Escala del coma de Glasgow < 8 (52,7%). La actuación de la USVAe siguiendo protocolo establecido consistió en: Permeabilización de la vía aérea no invasiva (70%) y invasiva (30%), oxigenación (82%), apoyo a la circulación (94%), movilización (94%) y inmovilización (78%), así como tratamiento farmacológico con cristaloideos (45,8%) y analgesia (43,1%), entre otros. El tiempo de asistencia medio solo con USVAe fue 35 minutos, con apoyo médico 48 minutos. El destino del paciente fue adecuado en un 94,4% de los casos.

CONCLUSIONES:

1. La actuación de las USVAe en el paciente politraumático grave se ajusta al procedimiento establecido en la mayoría de casos (94%).
2. El destino hospitalario respetó los criterios establecidos por la instrucción en el 94,4% de casos.

O-244

**CRITERIO PROFESIONAL VS. ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN.
¿INFLUYE EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DE
URGENCIAS?**

**E Caldevilla Bernardo (1), A García Romero (1), A Valencia Dutor (1),
E Carrillo Ruiz (2), C Rodríguez Ramírez (1)**

(1) Hospital Universitario del Sureste. Madrid (2) SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: triaje-servicio urgencias hospital-obstetricia

OBJETIVOS:

Comparar niveles de gravedad en la Sala de Clasificación de un SUH al cambiar de un sistema integrado en Selene (Formulario de Clasificación) a un sistema con Algoritmos (Manchester).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis de niveles de clasificación de pacientes en los SUH en un mismo periodo de tiempo (octubre-diciembre 2015 y octubre-diciembre 2016) con aplicación Selene y aplicación Manchester. Se toma como referencia paciente adulto, se excluye pacientes Pediátricos y Obstetricia y Ginecología.

RESULTADOS:

En el periodo 2015 fueron clasificados 14401 pacientes con Selene:

1. Crítico: 13 (0,09%).
2. Emergencia: 101 (0,70%).
3. Urgencia: 1788 (12,42%).
4. Estándar: 7068 (49,08%).
5. No urgente: 5244 (36,41%).

No clasificación: 187 (1,3%).

En el periodo 2016, fueron clasificados 15416 pacientes con Manchester:

1. Crítico: 28 (0,18%).
2. Emergencia: 506 (3,28%).
3. Urgencia: 2904 (18,84%).
4. Estándar: 10683 (69,30%).
5. No urgente: 1295 (8,40%).

CONCLUSIONES:

Con sistema Manchester, no existen diferencias relevantes con pacientes clasificados en nivel 1, se produce un discreto incremento en los niveles 2, aumenta considerablemente el número de pacientes clasificados con nivel 3 (12 vs. 19%), como con nivel 4, a costa de un detrimento del nivel 5. Aunque los profesionales que clasifican son los mismos, existen variaciones en los niveles de gravedad, sobre todo 3 y 4. Con un sistema integrado en Selene (Formulario de Clasificación) a un sistema con Algoritmos (Manchester) no depende de la experiencia del observador y sí de la herramienta que se utiliza. Otro dato que llama la atención es que con Manchester todos los pacientes son clasificados.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-246

TRANSFUSIÓN DE EXTREMA URGENCIA:
EN EL BANCO DE SANGRE

M Jiménez Meoro, C Funes Vera, A Hita

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: transfusión-eritrocitos-emergencia

OBJETIVOS:

Conocer el n.º de transfusiones de concentrados de hematíes (CH) de extrema urgencia realizadas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) durante el año 2016. Reflejar cuáles han sido los servicios más demandantes. Averiguar la existencia o no de anticuerpos irregulares una vez analizada la muestra del paciente en banco de sangre.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo reportando el n.º de transfusiones de CH enviados de extrema urgencia sin pruebas de compatibilidad. Analizamos a qué servicios fueron enviados, cuantos fueron devueltos sin transfundir y si hubo casos de detección de anticuerpos irregulares. Utilizamos un listado del programa informático e-Delphyn (software de Hemosoft) a través del cual se gestiona nuestro servicio banco de sangre.

RESULTADOS:

* N.º total de CH enviados a transfundir (2016) : 9.037, devueltos 560 (6.16%). * N.º total de CH enviados a transfundir sin pruebas pretransfusionales (2016): 183 (2.02%), devueltos 60 (32%). Clasificación por servicios: - Plantas hospitalización: 5 - Urgencias general: 40 - Quirófano general: 3 - Quirófano maternal: 35 - Urgencias infantil: 3 - Reanimación general: 12 - UCI general: 33 - Urgencias maternal: 2 - UCI pediátrica: 2 - Radiología Intervencionista: 8 - Quirófano de urgencias: 40 * Detección de anticuerpos irregulares una vez analizada la muestra: 2.

CONCLUSIONES:

Las CH transfundidos de extrema urgencia suponen un 2,02% del total de transfusiones, siendo los servicios más demandantes Urgencias, los Quirófanos Maternal y de Urgencias y UCI. De éstos Urgencias y el Quirófano de Urgencias fueron los que más unidades devolvieron a banco de sangre sin ser finalmente transfundidas. Es importante detectar que solicitudes son realmente urgentes y modificar los hábitos de prescripción de aquellas que no lo son. En nuestro servicio de Banco de sangre existe un manual de procedimientos (PNT-TR/05 edición 4ª Punto 8. Transfusión sanguínea en pacientes con riesgo vital) que incluye una instrucción de trabajo (IT_13, 2.ª Edición, Transfusión de extrema urgencia) como instrumento de apoyo que garantiza una actividad transfusional segura y de calidad.

O-249

ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN LOS
PACIENTES DE BAJA COMPLEJIDAD EN URGENCIAS DEL
HOSPITAL DE MATARÓA Espín Puerta, E Paricio Claramonte, M Rovira Arias,
L Ramírez Hallas, M Abellaneda Camacho, I Aménos Alcaraz

Hospital de Mataró. Barcelona

PALABRAS CLAVE: urgencias-administración de medicamentos-cribaje

OBJETIVOS:

Principal: analizar los fármacos más utilizados por vía EV en A1 en relación al motivo de consulta. Secundarios: determinar motivos de consulta Analizar vías de administración de los fármacos Analizar fármacos administrados por vía EV.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado durante 3 semanas aleatorias del 2016. Población: pacientes visitados en A1. Variables: motivos de consulta, vías de administración y fármacos. Fuentes de datos: documentación clínica.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 1381 visitas. Motivo de consulta: dolor 734 (53.14%), inestabilidad 94 (6.8%), trastornos gastrointestinales (TGI) 86 (6.22%), fiebre 48 (3.47%). Total de medicación administrada: 634 (45.9%). Destino alta: domicilio 588 (92.74%). Vías de administración: IM 320 (50.47%), EV 270 (42.58%), VO 155 (24.4%). Fármacos más utilizados vía EV: paracetamol 79 (29.25%), dextetopropeno 72 (26.66%), metoclopramida 53 (19.62%), sueroterapia 49 (18.14%), metamizol 48 (17.77%), antibióticos 31 (11.48%). Relacionando fármaco EV con motivo de consulta vemos que: paracetamol: 79, dolor 35 (44.3%), TGI 18 (22.78%), fiebre 16 (20.25%); dextetopropeno: 73, dolor 61 (85.9%); metamizol: 48, dolor 40 (83.33%); metoclopramida: 53, dolor 27 (50.94%), TGI 20 (37.73%); sueroterapia: 49, TGI 21 (42.85%), dolor 14 (28.57%).

CONCLUSIONES:

La vía de administración IM es la más utilizada, pero se administra gran cantidad de medicación EV y sueroterapia considerando que son pacientes de baja complejidad. El paracetamol es el fármaco más utilizado por vía EV, teniendo en cuenta la ficha técnica, es el fármaco de elección en el tratamiento del dolor moderado agudo y fiebre y sólo debería utilizarse la vía EV cuando no es posible la VO. Valorando los inconvenientes de la utilización de la vía EV (aumento de costes, seguridad del paciente, infecciones) y observando que la totalidad de los pacientes son alta a domicilio, proponemos la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para elaborar guías y/o recomendaciones para mejorar la elección de la vía de administración.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-144

ANÁLISIS DE LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE EL AÑO 2016

JA Cano Fernández (1), R García Castán (1), X Martín Cerezo (2), T Guillén Alabarce (1)

(1) Urgencias. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona. (2) Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

PALABRAS CLAVE: emergency department-visits-triage

OBJETIVOS:

Describir las consultas en nuestro servicio de urgencias durante el año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Los datos se extrajeron de la base de datos informatizada del SU.

RESULTADOS:

En el año 2016 se atendieron un total de 93.768 urgencias siendo diciembre el mes con más afluencia con 8.714 visitas. Los lunes concentran el mayor número siendo de 10 h-12 h AM la franja horaria con mayor afluencia. El promedio diario de visitas fue de 256, siendo el 2 de enero el día de máxima actividad con 351 urgencias. El 91,5% de las urgencias provienen del domicilio, el 2,8% de otro hospital y el 5,7% de atención primaria. Un 7,6% ingresó en hospitalización y un 2,6% fue derivado a otros centros. Según el nivel de triaje andorrano predominan las urgencias de nivel IV (61,4%) seguidas de las de nivel III (25,57%), nivel V (9,25%), nivel II (2,83%) y nivel I (0,1%). El motivo de consulta más prevalente es el dolor abdominal (14%) seguido de infecciones agudas de las vías respiratorias (6,12%). El servicio con mayor número de visitas es urgencias-medicina con 37,6% seguido por el servicio de pediatría con 26,6%.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que en nuestro SU la mayor demanda se realiza los lunes, con un pico de máxima asistencia de 10-12 h siendo las urgencias de nivel IV las mayoritarias. La mayoría de estos pacientes que presentan patología no urgente acuden directamente a nuestro SU sin acudir previamente al centro de salud. El mes de más afluencia fue diciembre y el día con más visitas en el SU fue enero.

P-145

CÓMO AFECTAN LOS DÍAS FESTIVOS A LAS URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

JA Cano Fernández, A Bigorra Espejo, T Guillén Alabarce

Urgencias. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona

PALABRAS CLAVE: pediatría-urgencias-enfermería

OBJETIVOS:

Analizar el número de visitas que existen en el SU los festivos nacionales. Determinar si hay aumento o disminución del número de visitas con respecto a la media mensual.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Los datos se extrajeron de la base de datos informatizada del SU. Estudio transversal retrospectivo.

RESULTADOS:

En Enero hubo una media de 68.5. El 1 enero, hubo un total de 104 urgencias y el 6 de enero, hubo 54. El mes de marzo la media de visitas fue de 78.9 visitas, el 25 de marzo hubo 48 visitas y el 28 de marzo hubo 69 visitas. En mayo la media de visitas fue de 70.4 por día, el 1 de mayo recibimos 72 visitas. En agosto hubo una media de 39.7 visitas, el 15 de agosto hubo 50 visitas. En septiembre la media de visitas por día fue de 50,5, el 11 septiembre hubo 62 visitas. La media en octubre fue de 72.6 visitas al día, el 12 de octubre hubo 83 visitas. En noviembre la media de visitas por día fue de 78.10, el 1 de noviembre hubo 85 visitas. En diciembre la media de visitas diaria fue de 90.5. EL 6 de diciembre hubo 113, el 8 de diciembre tuvimos 108 visitas, el 25 diciembre un total de 123 visitas y el 26 de diciembre 152 visitas.

CONCLUSIONES:

Exceptuando el día de reyes, 6 de enero, y los festivos de Semana Santa, 25 y 28 de marzo, que la afluencia de visitas en el SU de pediatría fue menor, observamos que en el resto de festivos nacionales hay una mayor número de visitas.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-146

EVOLUCIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES
SEGÚN EL NIVEL DE TRIAJE

A Bigorra Espejo, R García Castán, T Guillén Alabarce

Urgencias. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona

PALABRAS CLAVE: urgencias-triaje-hospital**OBJETIVOS:**

Evaluar la evolución de los niveles de triaje desde 2012 hasta el año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio comparativo transversal retrospectivo. Los datos se extrajeron del registro informatizado del SU.

RESULTADOS:

Los resultados en porcentaje totales de cada año fueron: durante el año 2012 el 0.03% fueron niveles I, el 1.9% niveles II, el 21% de niveles III, un 59.1% de niveles IV y un 17.7% de niveles V. En el año 2013 los niveles I supusieron el 0.06%, los niveles II 1.52%, los niveles III 22.55%, los niveles IV un 60.39% y los niveles V un 15.46%. Para el año 2014 los resultados fueron 0.05% niveles I, 1.96% niveles II, 25.89% niveles III, 60.74% niveles IV y 11.34% niveles V. Durante el año 2015 hubo un 0.07% de niveles I, 2.39% niveles II, 25.84% de niveles III, 61.07% niveles IV y 10.61% de niveles V. En el año 2016 0.10% de niveles I, 2.86% de niveles II, 25.83% niveles III, 61.88% de niveles IV y 9.3% de niveles V.

CONCLUSIONES:

Los resultados nos indican que han incrementado los niveles de triaje I, II y III, los niveles IV lo han hecho de una manera menos significativa y los niveles V han disminuido. Esto lo podemos traducir en que se ha producido un aumento en la edad y la complejidad del paciente y/o en un cambio de la forma de triar.

P-147

ANÁLISIS DE LOS FLUJOS ASISTENCIALES DE PACIENTES EN
LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE UN HOSPITAL GENERAL

A Bigorra Espejo, R García Castán, T Guillén Alabarce

Urgencias. Hospital General Parc Sanitari Sant Joan De Déu. Barcelona

PALABRAS CLAVE: urgencia psiquiátrica-valoración-triaje**OBJETIVOS:**

Conocer los flujos asistenciales de los pacientes que acuden al SU de psiquiatría durante el año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Los datos se extrajeron de la base de datos informatizada del SU.

RESULTADOS:

El SU de psiquiatría atendió un total de 4392 urgencias, de las cuales el 74,9% procedían de domicilio, un 19,4% de otro centro de agudos y un 5,4% derivados de un centro de atención primaria. Respecto al nivel de urgencia establecido por el sistema de triaje, el 1,9% corresponde a urgencias de nivel II, un 25,09% a nivel III, un 63,3% a nivel IV y un 9,58% a nivel V. No se atendió ninguna urgencia de nivel I. Los meses estivales son los de mayor afluencia con una media de 373,5 visitas/mes. La franja horaria de más consultas resultó ser de 12 a 14h (14,9%). Se atendieron a 2040 hombres y 2352 mujeres. El grupo de edad mayoritario en hombres resultó ser los de edades comprendidas entre los 40 y 44 años con un 14,85% de las visitas totales, y en el caso de las mujeres, las de edades comprendidas entre los 45 y 49 años con un 14,20% de las visitas totales. Las patologías más frecuentes han sido la ansiedad (15,39%), la psicosis (13,8%) y el trastorno distímico (9,37%). El 31.6% de las visitas ha ingresado.

CONCLUSIONES:

Se manifiesta una alta afluencia al SU de psiquiatría, en los meses de verano, entre semana y a medio día. El perfil del usuario es mayoritariamente mujer, de edad media, con trastorno de ansiedad y con un nivel IV de Triage. Ingresa el 32% de las visitas.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-148

CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE LAS INSTRUCCIONES QUE RECIBEN AL ALTA EN URGENCIAS

H Ruiz Pérez

Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: comprehension-discharge planning-emergency care**OBJETIVOS:**

Conocer la comprensión de las instrucciones de alta de los pacientes atendidos en urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo prospectivo mediante una encuesta realizada a 150 pacientes que acudieron a urgencias de un hospital comarcal. Se registró el nivel de comprensión de los pacientes sobre el informe de alta: Diagnóstico, Atención en urgencias, Cuidados en el domicilio e Instrucciones de vuelta al servicio. Se evaluó tanto la comprensión de los pacientes como el grado de acuerdo entre sus respuestas y los informes médicos, mediante una escala de concordancia (no concordancia, mínima concordancia, concordancia parcial, bastante concordancia y completa concordancia).

RESULTADOS:

El 73% de los pacientes tienen una comprensión deficiente en una o más partes del informe de alta. El déficit de información es mayor en instrucciones de vuelta a urgencias (38%) seguido de cuidados en domicilio (35%).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes abandonan el servicio de urgencias con un conocimiento deficiente sobre sus instrucciones al alta. Además, no son conscientes de su falta de comprensión.

P-152

SVA-E, QUEREMOS QUE SEA UNA REALIDAD EN NAVARRA

T Antón Casas, L Jiménez Martínez, M Falces Añón,
MT Fuentes Ochoa, V Martínez Martínez

Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

PALABRAS CLAVE: SVAE-urgencias extrahospitalarias-enfermería**OBJETIVOS:**

Analizar la situación de la implantación del SVA-E en Europa y en España. Conocer el papel de enfermería en SVA-E y potenciarlo. Implantación del SVA-E en Navarra.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica, de fuentes primarias, secundarias y terciarias, sobre SVA-E, sobre la situación de las urgencias extrahospitalarias en Navarra y sobre el papel de la enfermería.

RESULTADOS:

- Existen varios países de la UE que cuentan con SVA-E, en distintas formas organizativas, como son Holanda, Suecia o Portugal entre otros.
- En España encontramos 6 CCAA que disponen con SVA-E, son Cataluña (desde 1990), Andalucía (1999), Canarias (2003), P. Vasco (2006), C. La Mancha (2015) y Madrid (2017).
- Existe una regulación nacional del transporte sanitario a través del RD 836/2012 y a nivel autonómico (con un rango inferior) el Decreto Foral 8/2011.
- En la C. F. Navarra se producen anualmente unas 330.000 emergencias, de las cuales 200.000 requieren movilización de transporte sanitario.
- Si extrapolamos los % de atención de SVA-E en Cataluña a nuestra comunidad, se podrían producir unas 14.000 atenciones en SVA-E anuales, y según la atención en Cataluña solo el 3% requeriría a posteriori de una unidad medicalizada.
- Permitiría la adquisición de nuevas competencias para enfermería, siempre complementadas con el trabajo en equipo de los Técnicos de Emergencias sanitarias.

CONCLUSIONES:

Creemos justificada la incorporación de SVA-E en la C.F. Navarra, a los medios que ya se disponen, por criterios de eficacia y eficiencia. Consideramos imprescindible la inclusión de la especialidad de enfermería de urgencias y emergencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-153

**REVISIÓN DEL ROL DE ENFERMERA ESPECIALISTA
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS:
UNA FIGURA VITAL EN LA CALIDAD ASISTENCIAL**

MDR Jiménez Mérida (1), J Jiménez Rodríguez (2)

(1) Desempleada. (2) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: nurse practitioners-nursing-emergency med

OBJETIVOS:

Conseguir un conocimiento profundo de las funciones de la enfermera especialista en servicios de urgencias y emergencias y su influencia en la calidad asistencial.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos MEDLINE y SCIELO de la bibliografía existente hasta el 21 de marzo de 2017. La búsqueda se centro en dos conceptos: *emergency medicine* y *nurse practitioner*. Tras la depuración de los datos, se ha elaborado un mapa conceptual acorde al objetivo planteado.

RESULTADOS:

Se han seleccionado 23 artículos. Los resultados evidencian que, a pesar de existir la figura de la enfermera especialista de urgencias y emergencias en otros países, en España aún no existe como tal. No obstante, el estudio también ha identificado cómo la implementación de dicha figura dentro del equipo ha sido un éxito en países como Reino Unido, Estados Unidos o Canadá, mejorando sustancialmente la calidad asistencial al poseer un mayor desarrollo de sus competencias.

CONCLUSIONES:

A pesar de la gran labor que desempeñan las enfermeras en los servicios de urgencias y emergencias dentro del equipo, aún queda un largo camino para que se le reconozca su rol como especialistas. Este avance podría suponer un aumento en sus funciones, enriqueciendo y aumentando la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias.

P-156

**BENEFICIOS DE LA VÍA INTRANASAL EN SITUACIONES
DE URGENCIA**

**P Maraví Artieda, MJ Moreno Arriola, M Tainta Laspalas,
M Díez Noain, A Fernández Falces**

UVI Móvil. Servicio Navarro de Salud

PALABRAS CLAVE: administración intranasal-urgencias médicas-cuidados de enfermería

OBJETIVOS:

Dar a conocer la vía intranasal y su técnica para enfermería, para confirmarla como una de las modalidades que más nos pueden facilitar la administración de fármacos en pacientes poco accesibles.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de la vía intranasal en diversas situaciones, en pacientes tanto pediátricos como adultos, en las que su utilización supone un beneficio claro. Incluimos el modo de uso del dispositivo atomizador mucoso intranasal, técnica de enfermería, fármacos y dosis recomendadas.

RESULTADOS:

El conocimiento de la vía intranasal resulta especialmente útil en diversas situaciones de urgencia como alternativa a la vía intravenosa. La medicación es absorbida a través de la mucosa nasal consiguiendo tiempos de absorción similares a la vía intramuscular. Para ello la vascularización e integridad de la mucosa nasal son fundamentales. Las medicaciones que se pueden utilizar son: midazolam, ketamina, naloxona, glucagón, haloperidol, fentanilo y flumazenilo. Además de fármacos sedantes y analgésicos, otros fármacos se han estudiado por esta vía, como son drogas con acción cardiovascular, hormona de crecimiento e insulina. A pesar de que en la ficha técnica de los fármacos no se contempla su administración mediante la vía intranasal, existe abundante experiencia en la bibliografía internacional que avala su uso inicialmente en pediatría y posteriormente en adultos (indicado en situaciones de riesgo vital como vía alternativa).

CONCLUSIONES:

Dada la facilidad y los beneficios de la vía intranasal, la cantidad de fármacos y las diversas situaciones donde se podría utilizar, nos parece que esta técnica de administración debiera ser tenida en cuenta en aquellas ocasiones donde se prevea un acceso dificultoso al paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-159

PERFIL DEL USUARIO DEL ÁREA POLIVALENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (HUSA)

A Salinero Abad, MA Gallego Castellano, F de Vega Malmierca, MR González Pérez, MY Plaza Ramos, EM de la Iglesia Manso

Hospital Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: urgencias médicas-pacientes-observación

OBJETIVOS:

Describir el perfil del usuario de la Zona Polivalente. Definir las patologías más frecuentes atendidas en esta área. Determinar la frecuencia de solicitud de pruebas diagnósticas complementarias. Definir el tiempo medio de estancia general según patología. Determinar el destino final de los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Los datos fueron recogidos en el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2016 y el 31 de enero de 2017, de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de adultos del HUSA durante los turnos de mañana, tarde y noche, que incluyó 433 pacientes, siendo obtenidos de manera aleatoria sistemática (constante de muestreo $n = 5$) del registro de pacientes de dicho servicio y analizados a través del programa SPSSv.23.

RESULTADOS:

Se objetiva que el porcentaje entre hombre/mujer no es significativo (49,9% hombre, 50,1% mujer), la edad media es de 62,91 años. Las patologías más frecuente destacan: - Patología digestiva (39,9%). - Patología respiratoria (14,5%). - Patología urológica (14, 3%). Frecuencia de solicitud de pruebas diagnósticas complementarias: - Sin pruebas (72,7%). - Ecografía (14,3%). - TAC (10%). Tiempo de estancia media general: 268,42 minutos. Tiempo de estancia media según patología: - Mayor estancia: dolor torácico (331,48 minutos). - Menor estancia: dolor costal (133,33 minutos) Destino final: - Alta (63,7%). - Ingreso (36,3%).

CONCLUSIONES:

El perfil del paciente de polivalentes sería hombre/mujer de 62 años, con patología mayormente digestiva, respiratoria o urológica, sin pruebas complementarias independientemente de las básicas (análítica, radiografía, ECG), con tiempo de estancia media general de 4,46 horas y posteriormente se va de alta. Se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre edad y tiempo de estancia, a mayor edad, mayor tiempo de estancia ($r = 0,150$; $p < 0,01$).

P-160

UTILIZACIÓN DE VÍAS SALINIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (HUSA)

MI de Dios Armenteros, MY Plaza Ramos, C Llamas Marcos, MT Santos Martín, R Pedrero Alonso, AM Gómez Sadornil

Hospital Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: utilización de medicamentos-cateterismo periférico-urgencias médicas

OBJETIVOS:

- Determinar canalizaciones venosas periféricas utilizadas y no utilizadas para la administración de fármacos.
- Definir vías utilizadas en función del sexo.
- Detectar la utilización de las vías venosas en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta patología.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio transversal que incluyó 436 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de adultos del HUSA, seleccionados por muestreo aleatorio simple durante el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2016 y el 31 de enero de 2017, durante los turnos de mañana, tarde y noche. Los parámetros de estudio fueron: edad, sexo, patología, utilización o no de la vía venosa. Los datos fueron analizados a través del programa SPSSv.23.

RESULTADOS:

En cuanto a la utilización de la vía salinizada: se canalizan un total de 436 vías, de las cuales 51,8% no se utilizaron. En función del sexo, se objetiva que el porcentaje entre hombres y mujeres de vías salinizadas utilizadas, en hombres es 41,7% frente al 53,6% en mujeres. Con respecto a la utilización de la vía salinizada teniendo en cuenta la patología: - 51,8% se podría utilizar otra vía de administración. - 41,3% no se podría emplear otra vía. - 6,9% restante, probablemente se podría utilizar.

CONCLUSIONES:

En cuanto a las vías canalizadas en más de la mitad de los casos, no fueron utilizadas para la administración de fármacos. En relación al sexo se objetiva su mayor uso en mujeres. Se ha podido observar que más de la mitad de vías salinizadas según patología, probablemente no hubiera sido necesaria su canalización, ya que podría utilizarse otra vía alternativa de administración medicamentosa.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-162

REPERCUSIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS CATÉTERES PERIFÉRICOS INSTAURADOS SIN UTILIDAD

A Martín Aires, MI de Dios Armenteros, EM de La Iglesia Manso,
MC Rodríguez Herrero, M Gallego Benito, MA Gallego Castellano

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: cateterismo periférico-calidad-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Determinar las CVP utilizadas y no utilizadas. Evaluar el coste económico del catéter periférico salinizado y palomilla con vacutainer. Explorar las CVP atendiendo al tiempo de estancia. Analizar el tiempo intervenido en la realización de procesos: CVP y extracción sanguínea simple.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio transversal aleatorio de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de adultos del Hospital Clínico Universitario de Salamanca entre el 1 de Octubre de 2016 y el 31 de Enero de 2017, obteniendo 436 pacientes a los que se les realizó una CVP. La muestra fue recogida durante los turnos de mañana, tarde y noche, cuando los integrantes del grupo de investigación estuvieran trabajando. Los criterios estudiados: canalización venosa, su utilidad o no, tiempo de permanencia del catéter, costes económicos y tiempo invertido en la técnica. Los datos fueron analizados a través del programa estadístico SPSS v.23.

RESULTADOS:

Las canalizaciones venosas no utilizadas representan un 51,8% frente al 48,2% de las utilizadas. Respecto al coste económico evaluado: la CVP origina un gasto de 1,88? y una extracción sanguínea simple 0,41?, el gasto de las vías canalizadas no utilizadas ha sido 424,88?, si hubieran sido sustituidas por extracción sanguínea simple supondrían 92,66?. El tiempo de estancia media de pacientes con CVP no utilizada fue de 3,90 h similar a si utilizadas (3,93 h). Se midió el tiempo necesario para instaurar una CVP (8?) y en realizar una extracción sanguínea simple (3?), la instauración de 226 vías no utilizadas supone 30,13 h.

CONCLUSIONES:

Las CPV innecesarias conllevan un mayor coste económico, sustituir dichos catéteres por una extracción simple supondría un ahorro importante (332,22?), además pueden provocar estrés para el paciente y daño iatrogénico, existe riesgo potencial de producir flebitis y hematomas, y es una vía importante de infección nosocomial. El tiempo utilizado para una CPV es más del doble que en una extracción simple, lo que incide negativamente en la carga de trabajo y en los tiempos de demora del servicio.

P-163

RESULTADOS DEL ESTUDIO HYDE2 (HYPERGLUCEMIA DETECTION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT 2) DE ENFERMERÍA

M Gil Mosquera, J Estrada Carmona, G Cozar López, S Sáenz Moraga,
JA Espino Huerta, M Pérez Molina

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperglucemia-enfermería-unidad de corta estancia

OBJETIVOS:

Determinar si la detección y comunicación activas por parte de enfermería a Atención Primaria ayuda a identificar una mayor cantidad de pacientes hiperglucémicos no diabéticos y si con ello mejoran los resultados al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio cuasi-experimental con una fase PRE y una POST intervención. Los pacientes de la fase PRE fueron incluidos del estudio HYDE llevado a cabo en una UCE en noviembre de 2015 y en la fase POST se incluyeron pacientes ingresados en la misma UCE en Noviembre de 2016. En la fase PRE se realizó glucemia a los pacientes no diabéticos el día de ingreso (basal y postprandial de la comida) y en los positivos se comunicó al médico responsable del alta, en la fase POST se realizaron las mismas mediciones y en los positivos además se facilitó por enfermería un informe para su médico y enfermera de atención primaria (AP). Se valoró: porcentaje en que estos pacientes identificados como hiperglucémicos en el informe de alta y en la historia electrónica de AP y porcentaje de reingreso a 3 meses.

RESULTADOS:

En fase PRE fueron detectados por enfermería 32 pacientes, se identificaron en el informe de alta 10 (31%) y ninguno en atención primaria, reconsultó en urgencias el 50% a los 3 meses. En la fase POST se detectaron 42 pacientes por enfermería, 10 (24,4%) fueron identificados en informe de alta y 9 (22%) en atención primaria, reconsultaron en 3 meses en urgencias 14 pacientes (34,1%), 2 de ellos identificados en AP (22,2% de los identificados) y 12 de los no identificados (37,5% de los no identificados).

CONCLUSIONES:

El papel activo de la enfermería en la detección de hiperglucemia puede ayudar a una mayor detección en AP y mejor pronóstico al alta de la UCE.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-164

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PRESENCIA DE ALETEO NASAL EN LOS PACIENTES CON DISNEA

M González Barredo (2), RM González Bañuelos (1),
RM Cárdena García (3), P Royuela Ruiz (1), C del Pozo Vegas (4),
R López Izquierdo (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Desempleada. (3) Gerencia de Emergencias Segovia. (4) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: disnea-aleteo nasal-frecuencia respiratoria

OBJETIVOS:

Comprobar si es factible reconocer la presencia de aleteo nasal en pacientes con disnea y obtener el valor de la frecuencia respiratoria en estos pacientes, así como favorecer que estos datos sean recogidos por la enfermera en el triaje. Comprobar la relación de estos datos, con los valores obtenidos en las gasometrías arteriales para poder relacionarlos con la gravedad de los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio transversal que incluyó 436 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de adultos del HUSA, seleccionados por muestreo aleatorio simple durante el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2016 y el 31 de enero de 2017, durante los turnos de mañana, tarde y noche. Los parámetros de estudio fueron: edad, sexo, patología, utilización o no de la vía venosa. Los datos fueron analizados a través del programa SPSSv.23.

RESULTADOS:

Los pacientes que presentaron aleteo nasal y frecuencia respiratoria alta, mayor de 24 respiraciones por minuto, obtuvieron unos valores gasométricos que indicaban o bien acidosis aguda o hipercapnia compensada. Los pacientes que presentaron aleteo nasal tuvieron una mayor gravedad evidenciada por una mayor necesidad de ingreso y por una mayor tasa de mortalidad. En los estudios realizados sobre el aleteo nasal se asoció la presencia de éste con un mayor porcentaje de mortalidad. Además, se ha comprobado que los todos los pacientes que presentaron acidosis o hipercapnia compensada tuvieron taquipnea, lo que hacer ver, que, aunque la muestra fuera pequeña, sí que había una relación entre ambos parámetros.

CONCLUSIONES:

Detectar la presencia de aleteo nasal y calcular la frecuencia respiratoria de un paciente que acude a urgencias no es una tarea difícil, no supone un gasto económico, ni lleva demasiado tiempo. Es por ello, que la enfermera de triaje tiene un papel protagonista en la observación de los pacientes que acuden a urgencias por disnea. Es una tarea que se puede ser realizada fácilmente y que puede evitar que se demore la atención en los pacientes potencialmente graves.

P-166

CATÁLOGO DE PERSONALIDADES EN ENFERMERÍA

L Jiménez Martínez, A Falces Añón, J Alonso Caballero,
V Martínez Martínez, T Antón Casas, M Fuentes Ochoa

Hospital Reina Sofía. Tudela

PALABRAS CLAVE: enfermera-personalidad-urgencias

OBJETIVOS:

Dar un toque de humor entre los profesionales de enfermería que trabajan en los Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Describir las distintas personalidades que poseemos los enfermeros y enfermeras de urgencias con las características propias de cada una de ellas. - Docente: le encanta su trabajo y siempre está dispuesta a enseñar a los demás, ya sea a alumnas, compañeros, supervisora, médicos... - Reivindicativa: no se conforma con cualquier cosa, siempre aspira a más, más personal, más material, más pacientes... - Ordenada: todo lo tiene perfectamente ordenado, su bolsillo, la bandeja de extracciones, los pacientes... - Estricta: no se permite ni te permite ningún fallo, no gritos, no formes corrillos, tápate!. - Gruñona/Gritona: no se queda contenta con nada ni nadie, a todo le saca faltas y siempre con un tono de voz no muy agradable. - Médico frustrada: adora diagnosticar patologías y guiar a los facultativos en sus decisiones, ¿¿seguro que le quieres poner esto?? - Cansada crónica: ya sea porque no le dejan para en su casa o porque siempre tiene la mala suerte de estar en el box con mayor trabajo, ¡siempre, está cansada! - Supernurse: defendiendo la enfermería allá dónde esté, continuamente adquiriendo responsabilidades y competencias. - Cómica: la mente le va a mil por hora, tiene respuestas para todo y siempre con un gran humor que nos alegra la jornada. - Buenorra: orgullosa de sus encantos, los deja ver y que los vean. Cualquier situación es buena para coquetear... - Correcaminos: todo se le queda corto, el pasillo, las horas... siempre corriendo y escupiendo palabras sin consuelo.

RESULTADOS:

La gran demanda que poseen los servicios de urgencias hace que se necesite mucho personal, por eso podemos decir que son servicios muy variopintos y dinámicos.

CONCLUSIONES:

En todos los servicios encontramos personalidades muy distintas, pero es en el de urgencias en el que mayor trasiego de profesionales hay. Las enfermeras tenemos rasgos de casi todas las personalidades que aquí se plasman, en determinados momentos hacemos crecer unas más que otras. Todas estas caricaturas están descritas con humor y siempre desde el respeto a los compañeros.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-167

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA UTILIZACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO EN PACIENTES QUE REQUIEREN REDUCCIÓN DE FRACTURAS ÓSEAS

A Gayangos Machado, I Beitia Goenaga*Hospital de Mendara (OSI Debarrena). Gipuzkoa***PALABRAS CLAVE:** atención de enfermería-óxido nitroso-dolor**OBJETIVOS:**

Valorar en todo momento las necesidades del paciente. Minimizar el dolor del paciente en la reducción de fracturas óseas. Actuar ante posibles efectos secundarios del óxido nitroso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se valorara el dolor que tiene el paciente en todo momento mediante la escala de dolor EVA y se actuara según ello mediante el óxido nitroso. Se anotaran en la gráfica de constantes tanto el dolor de escala EVA, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, tensión arterial y nivel de consciencia, para prevenir posibles complicaciones y cubrir sus necesidades.

RESULTADOS:

Se ha demostrado, que es efectivo el uso del óxido nitroso para reducir el dolor y para eso, es imprescindible la atención de enfermería para la seguridad del paciente y dar los cuidados necesarios.

CONCLUSIONES:

Tras la experiencia profesional en el ámbito de urgencias, se ve la necesidad de realizar bien la técnica para reducir tanto el dolor del paciente como los efectos secundarios del óxido nitroso, por eso es primordial que la enfermera esté preparada y formada para realizarlo correctamente. Teniendo en cuenta los casos atendidos en nuestro servicio de urgencias durante el año 2016 para reducir las fracturas óseas mediante el uso del óxido nitroso, he de recalcar que no se han descrito efectos secundarios en su uso y se ha reducido considerablemente el dolor del paciente mediante esta técnica no invasiva.

P-168

SHOCK SÉPTICO Y CÓDIGO SEPSIS

LI Canadell Cuadrado (1), G Rius Moncusí (1), A Baudoin García (2), M Patón González (1), JM Martínez Sierra (1)*(1) Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. (2) CAP El Morell. Tarragona***PALABRAS CLAVE:** shock séptico-sepsis-código sepsis**OBJETIVOS:**

La identificación de los indicadores de sepsis en las primeras 6 horas se traduce en una reducción significativa de la mortalidad, por lo que el objetivo principal será describir un Código Sepsis, con la finalidad de conocer el protocolo de actuación en el caso de sospecha de sepsis, realizando una detección precoz.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para llevar a cabo el trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando como fuentes de información documentos oficiales de distintas entidades.

RESULTADOS:

Se ha confeccionado un póster, en el cual se reflejan de manera esquemática los criterios de diagnóstico y protocolo de actuación, incluyendo aspectos clínicos y medidas terapéuticas. Además, se estandariza el modo de actuación ante sospecha de sepsis de manera secuencial, multidisciplinaria y tiempo dependiente.

CONCLUSIONES:

El factor modificable más relevante en la mortalidad, es el tiempo transcurrido en la restauración de la perfusión del tejido y en el manejo posterior del foco infeccioso. Por este motivo, seguir las premisas establecidas en el código de manera temprana y una detección precoz, supondrán un incremento de la supervivencia.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-169

GESTIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA DEMANDA URGENTE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, TODOS PARTICIPAMOS

LI Canadell Cuadrado (2), G Rius Moncusí (2), G Cuella Cardona (2), M Patón González (2), JM Martínez Sierra (2)

(1) CAP El Morell. Tarragona. (2) Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

PALABRAS CLAVE: triaje-atención primaria-urgencias

OBJETIVOS:

Agilizar el proceso de atención al paciente evitando listas de espera y colapso en la asistencia. Hacer partícipes a los administrativos en el proceso. Aportar el valor añadido de los servicios enfermeros a la mejora de la atención sanitaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Usuarios de la población del Morell y La Pobla de Mafumet así como de ocho consultorios rurales.

RESULTADOS:

Seguimiento de los indicadores de la encuesta de “satisfacción de asegurados del Catsalut por línea de servicio, atención primaria 2015”, de los últimos dos años. Según la encuesta mencionada, la valoración de la atención recibida a nuestro CAP por un problema urgente, el resultado de 2012 a 2015 es favorable en un 5% superando un 2% el resto de Cataluña.

CONCLUSIONES:

Hay una reducción del tiempo de espera, una mejor organización interna de la gestión de la demanda urgente y un claro aumento en la satisfacción de los usuarios.

P-170

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE QUEMADO EN URGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS

LI Canadell Cuadrado (2), G Rius Moncusí (2), G Cuella Cardona (2), M Patón González (2), JM Martínez Sierra (2)

(1) CAP El Morell. Tarragona. (2) Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

PALABRAS CLAVE: valoración-urgencias-quemaduras

OBJETIVOS:

Unificar los criterios de valoración del paciente quemado en el área de urgencias por parte del personal de enfermería, así como conocer la clasificación y etiología de los diferentes tipos de quemaduras con la finalidad de disminuir la morbilidad del paciente y mejorar su pronóstico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica a partir de protocolos y guías clínicas de hospitales pertenecientes al ICS (Institut Català de la Salut), bases de datos (CUIDATGE y CUIDEN) y revistas *online* de organismos españoles como SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias). Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de búsqueda: fecha de publicación (2003-2017), idioma (español, catalán e inglés), palabras clave: valoración enfermería, urgencias, clasificación quemaduras.

RESULTADOS:

una vez realizada la búsqueda bibliográfica y tras una evaluación crítica de los documentos se elabora un póster que recoge los criterios unificados para la valoración de enfermería en el paciente quemado. Así mismo, también incluye la clasificación de quemaduras según su grado, superficie y etiología.

CONCLUSIONES:

Este póster está diseñado para ofrecer de manera visual a los profesionales de enfermería los ítems a tener en cuenta en la valoración del paciente quemado en el área de urgencias para garantizar una actuación rápida, eficaz y unificada al paciente quemado.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-171

TETANALGESIA: LACTANCIA MATERNA COMO ANALGÉSICO EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS

N Fernández Gutiérrez (1), A Negrete Muñoz (1), V Sánchez Bueno (2), S Pérez Jiménez (1), V Rodríguez García (1), MC Encinar Sánchez (1)

(1) Complejo Asistencial de Ávila. (2) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: lactancia materna-analgésia-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Conocer el funcionamiento y valorar la idoneidad de la incorporación sistemática de la técnica conocida como tetanalgesia en un servicio de urgencias hospitalarias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tras una serie de reuniones formativas explicando la técnica a los profesionales de enfermería, se comienza a utilizar la misma en todos aquellos pacientes lactantes sometidos a procedimientos dolorosos en nuestra Unidad, siempre y cuando, tras informar a los padres estos accedan voluntariamente a participar en el proyecto. Tras realizar la técnica se cumplimenta un formulario con los datos demográficos del paciente, datos sobre la realización de la técnica y campos a rellenar por los padres y los profesionales que realizan la técnica sobre su grado de satisfacción con la misma y su utilidad o no.

RESULTADOS:

Se realizan durante el año 2016 un total 22 procedimientos dolorosos bajo tetanalgesia a niños de entre 15 días a 2 años, como dato más relevante obtenemos que para un 68,18% de los padres y para un 77,27% de los profesionales el nivel de satisfacción es positivo y se estudian además para que procedimientos la técnica ha sido más efectiva, se recogen datos subjetivos sobre la opinión de los padres y los profesionales y otra serie de datos sobre la realización de la técnica que nos ayudan a estudiar su validez.

CONCLUSIONES:

Vistos los resultados en nuestra unidad, creemos que la "tetanalgesia" es muy recomendable, facilita la realización del procedimiento doloroso pues mejora la tolerancia del lactante y los padres al mismo.

P-173

VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS CON EL SISTEMA MANCHESTER PARA EL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

R Sánchez Díaz, L Ruiz López, S Navarro Ortega, E Morales García, R Barros González

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: triage-nurses-personal satisfaction

OBJETIVOS:

Valorar el grado de satisfacción de las enfermeras del SU del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) que utilizan el Sistema Manchester en la realización del triaje.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed-MedLine, así como en las bases de datos nacionales Dialnet y Cuiden. Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal durante el periodo de Enero a Marzo de 2017. La población de estudio formada por el equipo de enfermería que trabaja en el SU del HUFA es de 60 individuos. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 53, a los que se entregó una encuesta con 17 preguntas cerradas y 1 abierta, validadas por 15 enfermeras ex-trabajadoras del SU. De las 53 encuestas repartidas se contestaron 47.

RESULTADOS:

El 85,10% de las enfermeras se sienten apoyadas en la realización del Triage Manchester por otros profesionales sanitarios, de los cuales el 82,97% es apoyo enfermero y el 2,27% es apoyo médico. La mayoría de las enfermeras en la pregunta abierta aclararon que solo a veces se sienten apoyadas por el colectivo médico (el 31,91%), con referencia a la ubicación del paciente y no a la prioridad que establece el sistema de triaje Manchester (entendiendo como ubicación el circuito donde va destinado el paciente en el SU del HUFA). Por otro lado, el 82,98% de las enfermeras han recibido formación a cerca del triaje Manchester. Y, además, al 68,08% les parece sencilla la utilización del programa.

CONCLUSIONES:

La variable satisfacción es subjetiva para cada individuo. El estudio demostró que las enfermeras se sienten más satisfechas con sus decisiones según la experiencia, la formación recibida, el apoyo de otros profesionales y la sencillez en el manejo del programa Manchester.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-174

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SEGURIDAD DE LAS ENFERMERAS UTILIZANDO EL SISTEMA MANCHESTER PARA EL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

ME Hernández Hernández, L Ruiz López, S Navarro Ortega, R Barros González, MN Osuna Nevado

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: triage-nurses-safety

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de seguridad de las enfermeras del Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) que utilizan el Sistema Manchester en la realización del triaje.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed-MedLine, así como en las bases de datos nacionales Dialnet y Cuiden. Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal durante el periodo de Enero a Marzo de 2017. La población de estudio formada por el equipo de enfermería que trabaja en el SU del HUFA es de 60 individuos. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 53, a los que se entregó una encuesta con 17 preguntas cerradas y 1 abierta, validadas por 15 enfermeras ex-trabajadoras del SU. De las 53 encuestas repartidas se contestaron 47.

RESULTADOS:

Casi la totalidad de las enfermeras encuestadas, un 95,74%, se sienten capacitada en la realización del triaje. Por saturación en el SU, el 23,40% de profesionales se siente presionada por los pacientes, a pesar de dicha saturación, un 21,27% de los profesionales siempre reevalúa al paciente y un 27,67% lo hace a veces.

CONCLUSIONES:

Desde que se implantó el triaje Manchester existe un mayor grado de seguridad entre los profesionales, casi la totalidad del personal se siente capacitado para la realización del triaje. Además, el estudio demostró que las enfermeras se sienten presionadas por el paciente en este puesto por la saturación del SU (refiriéndonos al tiempo de espera para que la enfermera realice el triaje). Es imprescindible una reevaluación dentro de los tiempos que indica el sistema de triaje Manchester para una correcta y segura intervención. Como también lo es la formación continuada.

P-175

ENFERMEROS GESTORES DE INGRESOS, UN ALIVIO PARA LA SATURACIÓN DE URGENCIAS

H Sanmartín Allué, JC Abad Cebolla, B García Langoyo, O Morales Gracia, AC Boned Galán, A Marcos Íñiguez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: servicios médicos de urgencias-administración hospitalaria-listas de espera

OBJETIVOS:

Comparar el número de episodios de urgencias en los periodos analizados. Objetivar el número de ingresos y traslados derivados de esos episodios. Comparar los tiempos estructurales por especialidades médicas en función de la implicación de los gestores de camas en la asignación de ingresos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante consulta del módulo estadístico de la historia clínica electrónica PCH, se revisaron los pacientes ingresados desde urgencias en el segundo semestre de los años 2015 y 2016. Fueron calculados el TE > 6, 12 y 24 horas tanto total, como para las distintas especialidades médicas y quirúrgicas. Los resultados fueron analizados mediante Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS:

A pesar de que, los episodios y la suma de ingresos y traslados desde urgencias sufrieron un incremento del 4,27% y 7,70% respectivamente, la media del TE apenas aumentó un 0,01% para los ingresos. La presión de urgencias aumentó un 2,06% entre los dos periodos estudiados. En todas las especialidades con gestión exclusiva por estos supervisores, descendió el TE, entre el 0,12% y el 26,64%, disminuyendo así mismo entre un 4,03% y un 40% el porcentaje de pacientes con TE > 24 horas. El indicador de pacientes en urgencias pendientes de ingreso a las 8 a.m., experimentó en los días con niveles de alerta III y IV, un descenso del 26,09% y del 33,33%, a pesar del aumento de episodios atendidos e ingresados desde urgencias.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos, animan a aumentar el número de especialidades gestionadas por estos supervisores, por su contribución en la mejora de la saturación de urgencias.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-176

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME)

A Soriano Román, R Guillamón Candel, J Tornel Miñarro,
M Lisón Almagro, M.ª De Pro Chereguini, A Rabal Padilla

UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud

PALABRAS CLAVE: enfermería de urgencias-servicios médicos de urgencia-ambulancias

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es analizar los aspectos sociodemográficos y clínicos en una muestra amplia de pacientes atendidos por una Unidad Móvil de Emergencias (UME).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. Temporalidad: De mayo a diciembre 2016. Sujetos a estudio: pacientes que fueron atendidos por un equipo de la UME-2. Desarrollo: Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, extraídos del registro en papel normalizado de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Inferencia estadística con Chi2 (si $p < 0,05$). Normas éticas: se han mantenido en todo el estudio las normas de protección de datos personales, así como de la intimidad del paciente.

RESULTADOS:

Muestra obtenida 432 pacientes. Edad media 56,43 años DE 23,3 (0-95). Mujeres 48%. Demanda la asistencia el familiar 63%. Anulados 10%. Lugar de atención en domicilio 53%, y en vía pública 23,5%. Motivos principales de llamada: inconsciencia 12,4%, accidente de tráfico 9,4%, dolor torácico 9%. Mayores de 80 años el 20%. Patrón respiratorio eupneico 92%. Consciente el 88,5%, focalidad neurológica 7%, Glasgow 13,4 DE4,3 (3-15). Palidez de piel 10%. Presión arterial sistólica > 140 mmHg un 32%, mayor de 90 mmHg en diastólica 14%. Saturación O_2 con pulsioximetría < 90 mmHg un 10%. Glucemia < 50 mg 3,6%, > 140 mg 28%, mayor de 200 mg 10%. Tra $> 38^\circ$ 2,2%. Trasladado en UME un 36%. Por enfermedad común 64%. Personal en formación 36% de las asistencias. Análisis bivariable con significación estadística entre edad y reacción pupilar ($p = 0,006$), edad y FC o saturación O_2 ($p = 0,000$).

CONCLUSIONES:

La población atendida presenta edad alta, sin diferencia entre sexos, y con motivo principal de aviso de inconsciencia. Por las constantes vitales medias se desprende que no predomina el paciente crítico. Este análisis ha sido útil para conocer parte de los resultados de nuestra actividad al no tener informatizados el total de estos parámetros.

P-177

DETECCIÓN DEL PACIENTE VULNERABLE EN EL ÁMBITO DE LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

A Bracero Jiménez, C Gutiérrez García, S Romero Martín,
I González Olalla, S Ravira Lomena, A Bocanegra Pérez

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, 061, Málaga

PALABRAS CLAVE: vulnerabilidad-emergencias-cuidados

OBJETIVOS:

Conocer casos y perfil de pacientes derivados a enfermería de enlace por los servicios de emergencias extrahospitalarias de Málaga.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan 216 casos, generados entre 1 de julio de 2014 y 31 de diciembre de 2016.

RESULTADOS:

La distribución por sexos es muy similar, siendo un el 49.0725% hombres y el 50.925% mujeres. En función la edad, encontramos una media de 71,55 años, quedando más del 68% de derivaciones por encima de la misma. Distrito Málaga soporta un 65.27%, quedando distrito Costa del Sol y Axarquía con el resto de casos. Los equipos de soporte vital avanzado asumen el 75% del total de derivaciones, por un 25% de los equipos de coordinación avanzados (compuestos por enfermero y técnico de emergencias). Los diagnósticos de enfermería más habituales son, en un 48.14%, gestión ineficaz de la salud (00078), déficit de autocuidado (00102, 00108, 00109, 00110) en un 29.16%, riesgo de caídas (00155) en un 19.44%, 16.20% casos de incumplimiento (00079), ansiedad (00146) en un 13.42%, deterioro de la movilidad física (00085) en un 11.57% y conocimientos deficientes (00126) presente en un 11.11% de casos.

CONCLUSIONES:

Fragilidad, dependencia y cronicidad requieren abordaje sociosanitario compartido, con acceso al sistema desde cualquier punto de la primera atención. Como enfermeros/as de emergencias, debemos conocer nuestra labor más allá del habitual enclaustramiento en la técnica. Debemos ser garantes de construir un escenario de atención integrada interniveles, con detección de paciente vulnerable, posibilitando el seguimiento de pacientes que encuentren beneficio en la valoración de enfermería de enlace.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-179

MONITORIZACIÓN CAPNOGRÁFICA Y CONOCIMIENTOS
DE SU MANEJO EN PROFESIONALES SANITARIOS
EN EL ÁREA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

JJ Rodríguez Mondéjar (1), O Segura Alba (2)

(1) UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud. (2) SUAP de la Unión. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud

PALABRAS CLAVE: capnografía-enfermería de urgencias-ambulancias

OBJETIVOS:

El objetivo es determinar el nivel de conocimientos sobre el uso y manejo de la capnografía en un grupo de profesionales sanitarios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Temporalidad: último trimestre 2016. Sujetos a estudio: profesionales sanitarios que trabajan en el contexto de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Desarrollo: cuestionario voluntario y autoadministrado vía *online*, con datos sociodemográficos, con preguntas de respuesta múltiple de tipo Likert, y otras dicotómicas. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Cálculo de la Chi2 en inferencia estadística, aceptando significación estadística $p < 0,05$. El estudio se realizó cumpliendo las normas éticas y de protección de datos personales.

RESULTADOS:

Muestra 55 profesionales, 25 (45%) son enfermeras. Edad media 38,2 DE 9,3 (22-56), mujeres 31 (56,4%). Tiempo trabajado 9,1 años DE 7,6 (0,1-25). Un 95% tienen experiencia en urgencias, emergencias y/o cuidados críticos. El 79% son de la Región de Murcia. El 52% había acabado sus estudios antes del 2006. 22% llevan más de 15 años de profesión. Alguna especialidad 10 (18%), máster de urgencias y emergencias, o críticos 5 (9%). Consideran escasos o nulos los conocimientos sobre capnografía 45 (81%). Han atendido a 5 paradas cardiorrespiratorias (PCR) o más el 30%. Se ha usado la capnografía en un 33% de las ocasiones. En paciente intubado se usa siempre 64%, casi siempre 14%. Con dispositivo supraglótico y/o con bolsa autohinchable en un 36% (en ambos). Ha asistido con anterioridad a alguna sesión teórica o práctica cuyo tema principal fuera la monitorización capnográfica en RCP 11 (20%). Realizados 2013 en adelante. Desean formación específica del empleo de la monitorización capnográfica 54 (98,2%).

CONCLUSIONES:

La capnografía como monitorización en urgencias y emergencias sigue siendo aplicada en menor medida de lo deseable. Los conocimientos observados en la población estudiada se pueden considerar medio-bajos. Existe un amplio margen de mejora y se debe potenciar la formación con escenarios de simulación con integración de la capnografía.

P-180

LA INFLUENCIA DE LA LUNA EN PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M Caset Vicente

Corporació Sanitaria Parc Taulí. Barcelona

PALABRAS CLAVE: fases lunares-psiquiatría -urgencias médicas

OBJETIVOS:

El objetivo del presente estudio es conocer la influencia de las fases lunares en personas diagnosticadas de patología psiquiátrica, en el Servicio de Urgencias del Parc Taulí Hospital Universitario, de enero a diciembre de 2015, e identificar si hay más visitas los días de plenilunio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El diseño del estudio es de tipo descriptivo transversal. La muestra total es de 3.482 personas, todas ellas diagnosticadas de trastorno psiquiátrico según la clasificación del Manual de Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y visitadas en el Servicio de Urgencias del Parc Taulí Hospital Universitario.

RESULTADOS:

Las mujeres acuden con más frecuencia que los hombres. La media de edad también es más alta en mujeres. No aparece asociación entre las fases lunares y las visitas a urgencias psiquiátricas. Si se divide por trastorno, hay más asistencia los días de luna llena de personas diagnosticadas de Espectros de la Esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos y los Trastornos Depresivos, pero los resultados no tienen significación estadística.

CONCLUSIONES:

No existe relación entre las fases lunares, concretamente la luna llena, y las asistencias a urgencias. Se ha observado que las mujeres acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencias de psiquiatría tanto en todas las fases lunares como en la estación, mes y día del año.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-181

LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: CALIDAD ASISTENCIAL PARA EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

JR Trespaderne Díez, M del Olmo Morales, P Fraguas Reverendo,
B Arciniega Salazar, JM Álvarez Pérez, P López Díez

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: calidad-insuficiencia cardiaca-UCE

OBJETIVOS:

Analizar si el destino de los pacientes que ingresan en nuestro Hospital influye en los parámetros de estancia media hospitalaria y en los parámetros de calidad hospitalaria de reconsulta, reingreso y mortalidad de los pacientes. Demostrar que la UCE es una alternativa de calidad para el paciente con ICA que cumpla criterios de ingreso en la misma.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 356 pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias en un periodo consecutivo de 60 días a lo largo del año 2016. Analizamos el ingreso del paciente por unidades, realizando un estudio comparativo de la estancia media, reconsultas, reingresos y mortalidad de los mismos.

RESULTADOS:

Del total de pacientes atendidos por ICA, ingresaron el 89,5%. La UCE ha sido el segundo servicio que más ingresos por ICA ha recibido (16,5%), por detrás de Medicina Interna (58,5%), y por delante de Cardiología (9,5%). La estancia media hospitalaria de los pacientes ingresados en la UCE ha sido de 2,85 días, frente a los 7,12 en Medicina Interna y los 8,27 de Cardiología. El porcentaje de reconsultas y reingresos en UCE (15,15) ha sido similar a las unidades de hospitalización convencional: Medicina Interna (16,24/13,67), Cardiología (26,31/26,31). En cambio, encontramos mejores resultados en la mortalidad de los pacientes que ingresan en la UCE frente a Medicina Interna y Cardiología, tanto en la mortalidad intrahospitalaria (3,03% frente a 9,40 y 10,52%), como a los 30 días (3,03% frente a 10,25 y 10,52%) y al año del ingreso (21,21% frente a 41,88 y 36,84%). La mortalidad de los pacientes con ICA global ha sido muy alta (43% al año), con una mortalidad intrahospitalaria del 9,90%, un 8,60% a los 30 días y un 24,50% al año.

CONCLUSIONES:

La Unidad de Corta Estancia ofrece una alternativa de calidad al paciente que necesita ingreso por ICA, frente a la hospitalización convencional. La estancia media del paciente en UCE es significativamente más corta y una mortalidad inferior, sin que empeoren los datos de visitas y reingresos.

P-182

HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL DESDE EL TRIAJE DE UN SERVICIO DE URGENCIAS COMARCAL

M Rodríguez Poveda, J Martín Vicente, C Mestre Blasco,
B Morató Moreno

Servicio de Urgencias. Hospital de Llíria. Valencia

PALABRAS CLAVE: triaje-trazabilidad-gestión

OBJETIVOS:

1. Asignación del equipo asistencial.
2. Distribución equitativa en función de la patología.
3. Gestionar el balance de Demanda-Recurso
4. Aumentar la Efectividad de los recursos del Servicio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Recogida de datos mediante una tabla con los siguientes parámetros: Equipo asistencial. ICU/Motivo. Prioridad (Color). Alta. Con el parámetro ICU/Motivo nos permite seguir desde el triaje la trazabilidad del paciente. Con el parámetro de Prioridad se distribuye la presión asistencial entre los equipos asistenciales. Con el parámetro ALTA se consigue conocer la disponibilidad de los equipos asistenciales.

RESULTADOS:

La hoja permite de forma ágil que se vaya elaborando sin que sea una carga para el enfermero del triaje. Esta herramienta permite en una visión rápida el balance Demanda-Recurso si ésta está saturada o no. Valora la eficacia de los equipos asistenciales.

CONCLUSIONES:

La implantación de la herramienta es ágil y fácil para el profesional del triaje. Mediante esta herramienta se consigue un reparto equitativo entre patología y equipo asistencial dando lugar a una mayor eficacia de dicho equipo.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-183

LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: NUESTROS PACIENTES VALORAN LA INFORMACIÓN Y EL TRATO RECIBIDO

M del Olmo Morales, P Fraguas Reverendo, JR Trespaderne Díez,
P López Díez, F Richard Espiga, B Arciniega Salazar

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: información-encuesta satisfacción-UCE

OBJETIVOS:

Recoger la opinión de nuestros pacientes sobre los diferentes aspectos asistenciales ofrecidos en nuestra unidad, dentro de un plan de mejora continua de la calidad asistencial. Se analiza el grado de satisfacción de los pacientes y la evolución del mismo a lo largo de los años de funcionamiento de la unidad, así como el efecto de medidas correctoras que se han ido poniendo en práctica como consecuencia de encuestas anteriores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizan 100 encuestas consecutivas, a lo largo del mismo periodo que otros años, de forma voluntaria y anónima de pacientes de nuestra UCE. Recoge un total de 25 cuestiones, referentes a aspectos de infraestructura, trato e información, valoración de la asistencia médica, valoración de la unidad, etc.

RESULTADOS:

El funcionamiento global de la UCE ha sido valorado de forma positiva por los pacientes, con una nota global de 9,4/10. Los aspectos mejor han sido los referentes a la información recibida en todo su proceso asistencial, la disposición a sentirse escuchados, y el trato humano percibido, tanto por parte del personal médico como de enfermería. Destaca, la peor valoración recibida sobre el trato e información del personal de enfermería frente al médico, y que supone una inversión de los datos de encuestas anteriores. Los aspectos peor valorados son los referidos a la comodidad y tranquilidad de las habitaciones, en especial la comida.

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 información y el trato personalizado es fundamental para conseguir buenos resultados. La tendencia a una peor valoración en el trato e información por parte del personal de enfermería frente al médico, solo podemos interpretarlo en la menor continuidad del personal de enfermería, con menor implicación con los objetivos de la UCE.

P-185

TRIAJE AVANZADO Y CONTROL DEL DOLOR: SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y VALORACIÓN MÉDICA DE LA ADMINISTRACIÓN PRECOZ PROTOCOLARIZADA DE ANALGESIA

S Espinosa, F Vidal Boadella, EM Gené Tous, CL Colt,
G Sánchez Monzo

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

PALABRAS CLAVE: triage-pain-analgésia

OBJETIVOS:

Describir el impacto de la aplicación del protocolo de analgesia en el triaje de enfermería tanto por el usuario como por el personal médico que realiza la visita posterior.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha diseñado una encuesta con tres apartados: enfermería (se recoge el fármaco escogido, vía administración y escala dolor), paciente-médico (tiempo de espera hasta la visita y pregunta al usuario su nivel general de satisfacción) y el apartado médico (el facultativo valorará si el uso de analgesia ha dificultado/favorecido su intervención). El análisis de los datos se ha realizado de forma transversal descriptiva analizando los datos de forma ponderal recogidos durante un mes.

RESULTADOS:

Prevalencia 1: 1723. Edad media 48,13 años. Media dolor 8,63 sobre 10. Tiempo medio desde la administración hasta la visita es de 52,85 minutos. Nota media resultante de la administración precoz por parte de los usuarios es de 7,52 (sobre 10). El 96,55% de los usuarios solicitaría de nuevo administración de analgesia. El fármaco de elección es el dexketoprofeno (84,21%) y la vía de administración es la intramuscular en un 100% de los casos. El personal médico valora en un 62,06% que la administración en triaje de analgesia facilita la anamnesis y en un 89,65% facilita la exploración del paciente.

CONCLUSIONES:

La administración de analgesia precoz de forma protocolarizada (siguiendo un algoritmo con unos criterios estrictos de pautas de actuación e inclusión de los pacientes), resulta muy positiva. La mayoría de usuarios han valorado de satisfactoriamente la administración de analgesia y ésta no solo no ha interferido en la visita médica posterior sino que ha sido valorada por el personal médico como una forma de facilitar la anamnesis y la exploración física posterior.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-187

DIAGRAMA DE ISHIKAWA SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA
EN TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA URGENTE

S Garcés Horna, MJ Pérez Ardisa, T Barcelona Tambo,
Y Muñoz González, MM Pes Laguna, F Andrés Paricio

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: transfusión sanguínea-Ishikawa-seguridad clínica

OBJETIVOS:

Analizar mediante el diagrama de Ishikawa el proceso transfusional urgente en el área de vitales de un hospital terciario, con el fin de fomentar la implantación de técnicas seguras. Promover la formación de los profesionales sanitarios sobre seguridad clínica en la transfusión urgente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cualitativo observacional participativo, donde se utiliza el diagrama de Ishikawa para analizar el problema real o potencial interrelacionado con la estrategia 8 del ministerio de sanidad en el proceso de transfusión urgente.

RESULTADOS:

La estrategia 8 del ministerio de sanidad establece los siguientes puntos: 1. Comprobar los datos de identificación del paciente. 2. Comprobar la prescripción escrita. 3. Comprobar vía intravenosa. 4. Registro de las observaciones basales. 5. Inspeccionar el estado de la unidad. 6. Comprobar la fecha de caducidad. 7. Comprobar datos de filiación y grupo sanguíneo del paciente. 8. Comenzar la transfusión a la velocidad descrita. Tras analizar la secuencia del procedimiento de transfusión urgente en el área de vitales y basándonos en dicha estrategia, se objetivó que los puntos débiles, según la técnica DAFO, son 2, 5 y 6. En cuanto a las fortalezas, las encontramos en los puntos 3, 4, 7 y 8, coincidiendo con los cuidados de enfermería en el proceso.

CONCLUSIONES:

El proceso de la transfusión posee una serie de características que lo hacen particularmente vulnerable a errores: trabajo multidisciplinar, urgencia de la situación, experiencia de los profesionales, déficit de formación, atención a múltiples tareas, dificultad de identificación de algunos pacientes y la idiosincrasia. Para superar las debilidades encontradas y potenciar las fortalezas debe existir un protocolo de actuación, una formación continua y una evaluación de los eventos adversos.

P-189

¿FUNCIONAN LOS CÓDIGOS?

S Ríos Pérez (1), G Alonso Esteban (2), T Barcelona Tambo (1),
M García Tovar (2), V Barrero Muñoz (3), JL Alcega Tirado (3)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Hospital Universitario Clínico Lozano Blesa. (3) C.S. Mequinenza. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: código ictus-código infarto-multicéntrico

OBJETIVOS:

- Definir el perfil clínico-epidemiológico del paciente y motivos de consulta, con el que se ha activado algún código. - Analizar de forma retrospectiva los datos de los pacientes que acudieron a urgencias durante el año 2016 y por los cuales se activó un código.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico, descriptivo, retrospectivo, analizado con el programa informático SSPS v22. La recogida de datos fue a través del soporte informático PCH (Puesto Clínico Hospitalario) del SALUD.

RESULTADOS:

CÓDIGO INFARTO Analizando las edades medias, no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres. El porcentaje de ingresos en los dos hospitales resultó mayor del 45%. En cuanto a los traslados mayor del 40%. Fue mayoritariamente activado por el servicio de urgencias en ambos hospitales (60%). El motivo de consulta más frecuente en triaje fue: dolor torácico sin especificar. **CÓDIGO ICTUS** Existe diferencia significativa entre edad y sexo en el HUMS ($p = 0,007$). El porcentaje de ingresos en los dos hospitales es mayor del 85%. La activación del código en HUMS fue realizada por el servicio de urgencias en el 44,6%, a diferencia del HCU, donde el porcentaje mayor de activación fue a través del 061, con un 42,6%. El motivo de consulta más frecuente en triaje fue focalidad neurológica en ambos hospitales y aproximadamente en un 20% de los casos no se realizó fibrinólisis.

CONCLUSIONES:

Las patologías tiempo-dependientes requieren un manejo eficaz de los datos analizados para llegar a una mejora del tiempo de inicio de actuación. El estudio multicéntrico nos orienta para detectar posibles mejoras de triaje, dado que hemos encontrado inadecuados motivos de consulta. Nuestro análisis evidenció un alto porcentaje de no fibrinólisis. Casos que deberemos analizar para detectar posibles fallos en el procedimiento código ictus.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-197

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS DE SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**P Calonge Loro, T Merino Díaz, A Chato Mahamud, MT Martín Acero, C Fernández Alonso, A Santiago Sáez***Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** papel-enfermería-sumisión química**OBJETIVOS:**

Describir el papel de enfermería en el procedimiento de actuación ante casos de SSQ así como el número de procedimientos realizados durante un año.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de una cohorte de casos de SSQ detectados en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos en 2016. Se describe el número de casos y el papel de enfermería en el procedimiento de actuación.

RESULTADOS:

Se han registrado 28 casos de SSQ: 4 (14,3%) casos en enero, 2 (7,1%) en febrero, 3 (10,7%) en marzo, 1 (3,6%) en abril, 3 (10,7%) en junio, 3 (10,7%) en julio, 3 (10,7%) en agosto, 1 (3,6%) en septiembre, 5 (17,8%) en octubre, 1 (3,6%) en noviembre y 2 (7,1%) en diciembre. En 26 (92,8%) casos se han recogido muestras biológicas y en 23 (82,14%) casos se han enviado muestras para Análisis Toxicológico-Forense (ATF). La enfermera asistencial en urgencias puede activar el procedimiento de SSQ desde el triaje. Además establece contacto con Supervisión de Enfermería y se encarga de la extracción de muestras biológicas (sangre venosa periférica en 2 tubos de 5 ml y orina en frasco de seguridad de 50 ml) a solicitud del médico y tras consentimiento del paciente. Las muestras recogidas se almacenan en condiciones de refrigeración (2-8 °C) en una nevera bajo candado custodiado por supervisión de enfermería. La enfermera asistencial y de supervisión, junto al médico, firman el documento de cadena de custodia. Por escrito, se le informa al paciente que se almacenarán sus muestras durante 90 días recomendando denuncia a la policía. El supervisor de urgencias, registra a diario las entradas y salidas de muestras para ATF informando al gestor de casos de SSQ de la Comisión contra la Violencia.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente se registra un caso de SSQ cada 15 días en nuestra muestra. La enfermería asistencial y de supervisión tiene un papel relevante en el procedimiento de actuación ante casos de SSQ en un servicio de urgencias hospitalario.

P-200

RESCATE SANITARIO EN DOMICILIO: ¿QUÉ SE ENCUENTRAN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN MADRID?**S Esteban Pastor (1), A Prieto Sánchez (1), R Losada Loriga (1), JA del Moral Jiménez (1), C Fernández Candelas (2), S Sanz Sáez (1)***(1) SAMUR-PC Ciudad de Madrid. (2) Cuerpo de Bomberos Ayuntamiento de Madrid***PALABRAS CLAVE:** servicios médicos de urgencia-servicios de atención de salud a domicilio-ambulancia**OBJETIVOS:**

Describir las asistencias realizadas por USVA de SAMUR-Protección Civil, motivadas por las Aperturas de Puerta (Código 4.3) producidas entre los años 2011 y 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los avisos codificados inicialmente como apertura de puerta entre 2011 y 2016 de las unidades de SVA.

RESULTADOS:

Muestra: 6.303 activaciones entre 2011 y 2016, un 0,81% de los activaciones totales. 2011-1.207 aperturas de puerta (0,92%), 2012- 1.002 (0,80%), 2013-1.007 (0,80%), 2014-1.197 (0,91%), 2015-716 (0,54%) y 2016-1.174 (0,89%). Tipo de Asistencia: Sanitaria 69,81%, Exitus 15,60%, Problema Social 12,17%, Rechazo Asistencia 2,40%. Total 3.942 pacientes. Patología/problemas tratados: Traumatológica 31,91%, Exitus 15,60%, Problemática social 12,17%, Trastorno Psiquiátrico 8,75%, Neurológica 7,17%, Cardiológica 6,44%, Intoxicaciones diversas 6,06%, Problemas endocrinometabólicos 4%, Digestivo 1,44%... Casuística más habitual: Contusiones 16,84%, Exitus 15,60%, Fractura de cadera 5,60%, Intoxicación por fármacos depresores SNC 3,5%, ACVA, 2,89%, Poli-contusionado 2,25%, Parada Cardiorespiratoria 1,42%, TCE sin pérdida conocimiento 1,26%, Trastorno Depresivo 0,98%... 2.347 activaciones donde no se asiste: Negativo incidente sanitario 31,74%, Anulación en ruta 27,52%, Preventivo bomberos 14,95%, No heridos 11,46%, No paciente 6,73%, No suceso 36,61%, otra institución 0,93%. Activaciones con preaviso hospitalario 141, siendo la franja entre 60 y 90 años el 63,82%. Patología más frecuente ACVA 42,50 y parada cardíaca 9,90%.

CONCLUSIONES:

Predomina patología traumática 31,91%, principalmente por contusiones menores. Importante presencia de exitus y problemática social. Tramo de edad pacientes más graves entre 71 y 90 años. Destacar la gran tasa de activaciones sin asistencia 37,23%, por no tratarse de incidentes sanitarios o por anularse la asistencia en ruta.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-201

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE USUARIO DIAGNOSTICADO DE ANSIEDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL DE GIRONA, FUNDACIÓ SALUT EMPORDÀ

M Ojeda Morales (1), L Causa Cantenys (2)

(1) Fundació Salut Empordà. (2) Àrea Bàsica de Salut de Roses. Girona

PALABRAS CLAVE: ansiedad-urgencias-hospital comarcal

OBJETIVOS:

Describir el perfil y franja horaria de atención a usuarios dados de alta con el diagnóstico de ansiedad en el Servicio de Urgencias de la Fundació Salut Empordà durante el año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo sobre las altas con código 300 del año 2016 con el diagnóstico ansiedad. Utilizando una hoja de cálculo para tratar los datos. Establecemos como horario de mañana de 08:00 h a 14:45 h, tarde de 14:46 h a 21:40 h y noche de 21:41 h a 07:59 h.

RESULTADOS:

Se cuantificaron 277 casos con un porcentaje de 36,82% hombres y 63,18% mujeres. Mediana de edad de 43 años, Moda de 34 años y media de 37 años. En cuanto a la franja horaria un 26,71% acude por la mañana un 36,11% por la tarde y un 37,18% por la noche.

CONCLUSIONES:

El perfil mayoritario de usuario que acude al servicio de urgencias es una mujer de una media de 37 años en horario nocturno seguido de el mismo género por las tardes.

P-204

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REGISTRADA EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DURANTE 2016

A Fraile Vicente, A Muñoz Galindo, J García Criado

Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: computer systems-emergency medical services-hospitals

OBJETIVOS:

1. Evaluar la actividad desarrollada en el área de observación de Urgencias. 2. Conocer el perfil del paciente atendido en el área de observación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante 12 meses se realizó un registro de la actividad realizada en el área de observación. Las variables registradas fueron: edad, sexo, turno de ingreso y alta, tiempo de estancia, diagnóstico y destino final del paciente. El análisis estadístico se realizó con Microsoft Excel.

RESULTADOS:

Durante el registro, se atendieron un total de 73329 urgencias, de las cuales 7117 (9,70%) fueron atendidas en el área de observación. El 51,88% eran varones. La mediana de edad de los pacientes fue 77 años. La edad máxima 105 y la mínima 14 años. El turno de tarde registró un mayor número de ingresos (36,68%). Durante el turno de mañana ingresó el 32,61% de los pacientes y en el de noche el 30,70%. Las altas se distribuyeron de la siguiente manera: 25,15% en turno de mañana, 39,64% en turno de tarde y 35,21% en turno de noche. El promedio de estancia fue de 6:08 horas, con una desviación estándar de 6:53 horas. La causa más frecuente de ingreso fue la infección respiratoria (12% del total), seguida de la fibrilación auricular (8%), la insuficiencia cardiaca (6,5%) y el dolor torácico (5,1%). El 40% de los pacientes fueron dados de alta. El destino más frecuente para los ingresos fue Medicina Interna (25%), Cardiología (9%), Digestivo y Cirugía General (5%). Un 1% fueron éxitos.

CONCLUSIONES:

1. En el área de observación se atiende al 10% de los pacientes que ingresan en Urgencias. El tiempo de estancia promedio supera las 6 horas. 2. La patología infecciosa y cardiológica suponen la mitad de los ingresos. 3. El perfil del paciente sería: varón de 77 años, que acude a Urgencias en el turno de tarde con infección respiratoria. 4. El 60% de los pacientes fueron ingresados, siendo Medicina Interna el destino más frecuente.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-206

EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**T Segura Rodríguez***Parc Taulí Hospital Universitari. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** Enfermería-Emociones-Servicio de Urgencia en Hospital**OBJETIVOS:**

Explorar las vivencias de los enfermeros que trabajan en un Servicio de Urgencias, identificar y comprender qué consecuencias tienen a nivel personal y laboral.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a 7 enfermeros del Servicio de Urgencias. Los datos se recolectaron en mayo de 2016. Las transcripciones fueron analizadas usando el procedimiento de los siete pasos de Colaizzi.

RESULTADOS:

En el análisis se identificaron tres temas: el Servicio de Urgencias y Yo, el Servicio de Urgencias y el Clima Organizacional y el Servicio de Urgencias y los Usuarios. Derivado de éstos surgieron diferentes subtemas entre los que se encuentran: el malestar emocional, los efectos en la salud, la presión asistencial, el reconocimiento, los conflictos, la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES:

Mejorar el clima organizacional y fomentar una cultura de trabajo positiva son fundamentales para el bienestar y la satisfacción personal y laboral. En consecuencia, es esencial conocer las experiencias de los profesionales en los Servicios de Urgencias, determinar el impacto de trabajar en entornos considerados altamente estresantes e identificar sus consecuencias. Asimismo, también es importante tener en cuenta que el cuidado de los profesionales sanitarios puede influir en la calidad asistencial.

P-208

ACOGIDA Y CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO
EN URGENCIAS: ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INTEGRAL
DE CUIDADOS**Al Magán Martín, N Gallardo Jiménez, L Díaz Loueiro***Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. SESCOAM***PALABRAS CLAVE:** enfermería de urgencias-atención dirigida al paciente-servicio de oncología en hospital**OBJETIVOS:**

Establecer un Plan de Asistencia Integral del Paciente Oncológico en Urgencias. Valorar necesidades del paciente, objetiva y subjetivamente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio mediante 100 encuestas SERVQUHOS de satisfacción del paciente, entregadas a pacientes oncológicos en Urgencias del Hospital Ntra. Sra. del Prado (15 enero-15 marzo 2017). Revisión bibliográfica y análisis sistemático de la misma en relación con la normativa vigente en materia de acompañamiento de pacientes, protocolos de asistencia, motivos de asistencia más habituales en Urgencias Oncológicas. Buscadores de Cochrane, PubMed, Google Academic, Ministerios e Instituciones regionales.

RESULTADOS:

No hemos encontrado en España planes de asistencia integrales, sólo protocolos y guías clínicas de patologías concretas. La normativa vigente, no sólo permite el acompañamiento del paciente frágil, si no que lo exige. El aspecto psicológico de paciente y familia es el gran olvidado, frente a los problemas puramente orgánicos. Respecto a la encuesta, las mejoras son necesarias en la información ofrecida, intimidad y adecuación al estado psicológico de pacientes y familiares, así como en los aspectos estructurales de la Unidad.

CONCLUSIONES:

La necesidad de enfocar la asistencia de éstos pacientes de un modo integral, es cada día más acuciante y demandada. El Equipo de Enfermería será el personal sanitario que estará en contacto más directo con paciente y familia durante el proceso. Se elabora un Plan de Atención Integral que se distribuye: - Acogida del paciente. - Fiebre Oncológica. - Manejo de catéteres y reservorios. - Dolor oncológico. - Problemas gastrointestinales. - Convulsiones. - Síndrome de compresión medular. - Síndrome de Cava.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-209

ACOGIDA Y CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO
EN URGENCIAS: OPINIÓN DE LOS FAMILIARES.
RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

N Gallardo Jiménez, L Díaz Loueiro, AI Magán Martín

Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM

PALABRAS CLAVE: enfermería de urgencias-atención dirigida al paciente-servicio de oncología en hospital**MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:**

Para el desarrollo del estudio elaboramos una encuesta SERVQU-HOS adaptada a nuestra unidad con 24 preguntas, sobre aspectos estructurales (sala de espera, sala de información, box, horario de información y de visitas), aspectos ambientales (intimidad, comodidad, ruidos) dirigidas a pacientes oncológicos que han pasado por nuestra unidad. Se incluyen las encuestas realizadas voluntariamente del 15 enero 2017-15 marzo-2017.

RESULTADOS:

Se recogen 100 encuestas de 15 enero-15 marzo 2017, 90 de ellos cumplían con el criterio de inclusión en el estudio. De estos, diez de ellos se abstuvieron de entregarla o la entregaron en blanco. Con una satisfacción global del 87%.

CONCLUSIONES:

Para la mayoría la calidad de la atención e información en nuestra unidad es favorable. Sin embargo se ha detectado, según los resultados obtenidos, que existen aspectos susceptibles de mejora, entre ellos: - Aspectos estructurales: sala de espera, orientación hospital, distribución de las camas. - Aspectos ambientales: ruidos, iluminación, intimidad del paciente/usuario. - Otros aspectos: mejora en la información, cortesía.

P-210

GASOMETRÍA ARTERIAL INDOLORA, MITO O REALIDAD

A Esteban Igual, A Andrés Saliente, A Martínez Oviedo,
A Conejos Lozano, AP Pérez Lafuente

Hospital Obispo Polanco. Teruel

PALABRAS CLAVE: blood gas analysis-anesthesia-pain perception**OBJETIVOS:**

Nuestro objetivo es la evaluación del dolor asociado a la punción arterial tras la utilización de anestesia local previa a la punción.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio de casos y controles. Siendo los casos todos los pacientes a los que se les realizó una gasometría arterial en Urgencias previa anestesia local. Como controles utilizamos aquellos pacientes que por evitar demoras debido a la situación urgente, se realizó la técnica estándar sin anestesia local. El periodo del estudio fue durante los 6 primeros meses de 2016. Se utilizó 0.3 ml de mepivacaína al 1% para infiltrar la zona periarterial con aguja de insulina, según protocolo establecido. Para la evaluación del dolor se utilizó la escala EVA. Finalmente se realizó una encuesta a los profesionales para conocer su grado de satisfacción con esta técnica. El análisis estadístico se realizó con el test de la chi cuadrado mediante el programa SPSS.

RESULTADOS:

El tamaño muestral fue de 312, siendo 249 los casos y 63 los controles. La distribución por sexos fue similar. El dolor asociado a la técnica lo refirieron como leve en el 95% de los casos y en el 20% de los controles, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. ($p < 0.001$). No hubo diferencias en la aparición de complicaciones entre los 2 grupos. La satisfacción de los profesionales fue alta, recomendando la anestesia local en este procedimiento por el 75% de los mismos. La no utilización de la misma, fue referida en su mayoría por desconocimiento.

CONCLUSIONES:

La utilización de anestesia local disminuye el dolor asociado a la punción arterial, permite a la enfermera mayor comodidad en su realización sin dificultar la extracción ni aumentar las complicaciones de la misma. Se necesita mayor formación, para aumentar el uso de anestésicos locales previo a las técnicas de enfermería invasivas y dolorosas.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-214

**EL PROBLEMA DE LA MUESTRA HEMOLIZADA.
UN DESAFÍO PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

**L Hernández García, A Esteban Igual, S Fernández Landázuri,
L Hernández Sánchez, A Martínez Oviedo**

Hospital Obispo Polanco. Teruel

PALABRAS CLAVE: hemolysis-blood chemical analysis-emergency service

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo fue determinar los factores asociados a las extracciones hemolizadas en nuestro Servicio, para implementar acciones dirigidas a su disminución.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio transversal analítico durante los 2 primeros meses de 2017. Nuestra población fueron todos los pacientes del Urgencias a los que se les solicitó una analítica sanguínea en ese periodo. Se registraron diferentes variables asociadas a la técnica de venoclisis, el orden de extracción, el transporte y manipulación de los tubos sanguíneos. También se evaluó el grado de dificultad para la extracción según el personal de enfermería. En análisis de los datos se realizó mediante el test de la chi cuadrado con el programa SPSS para Windows.

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 652 analíticas de las cuales un 16.1%, fueron informadas como hemolizadas. La hemólisis en la muestra se asoció de forma significativa con: la enfermera ($p < 0.001$), la extracción con aguja + jeringa ($p < 0.021$) y la localización en la mano ($p < 0.001$) con una mayor tasa de hemólisis. Otras variables como la utilización de válvula antirretorno, el tipo de desinfectante usado o el orden de los tubos y su transporte al laboratorio no influyó de forma significativa en la tasa de hemólisis. Las extracciones consideradas como difíciles, obtuvieron una mayor tasa de hemólisis ($p < 0.001$)

CONCLUSIONES:

Una técnica cuidadosa por parte de la enfermera, así como la utilización de un sistema de vacío para la punción, evitando las extracciones con aguja + jeringa pueden disminuir las tasas de muestras sanguíneas hemolizadas.

P-216

**ATENCIÓN A PACIENTES EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA
EN POLIDEPORTIVOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE MADRID
DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LOS DESA EN COLUMNAS DE
RESCATE CARDIACO**

**I Ilzarbe Ucelay, C Sánchez Rodríguez, V Fernández de Córdoba
González, D Pasalodos Sanguino, A Tapia Lobo**

Samur-PC

PALABRAS CLAVE: legislación-paro cardíaco extrahospitalario-equipo deportivo

OBJETIVOS:

Analizar las paradas cardiorrespiratorias (PCR) ocurridas en polideportivos municipales atendidas por el servicio de emergencias (SE) prehospitalario SAMUR-PC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Población de estudio: Paradas Cardiorrespiratorias atendidas por el SE prehospitalario SAMUR-PC en polideportivos municipales en la Ciudad de Madrid del año 2008 al 2016. Variables resultado: éxitos y complicaciones tras PCR. Variable de estudio: uso del desfibrilador. La recogida de datos se obtuvo de la historia clínica en SAMUR-PC y registro de PCR de los polideportivos.

RESULTADOS:

Analizados 28 casos desde la implantación de los desfibriladores en los polideportivos, 7 fueron éxitos *in situ* y 21 fueron PCR recuperadas, de las cuales en 11 casos se usó desfibrilador por personal del polideportivo. Después de analizar los resultados, se observó que el NO uso del desfibrilador conlleva un aumento de las complicaciones a las 6 horas ($p = 0,022$). En todos los casos que no se usó desfibrilador el paciente falleció, en cambio, en los que sí se hizo uso del desfibrilador no hay ningún fallecido en las primeras 24 horas ($p = 0,02$).

CONCLUSIONES:

En un total de 69 centros deportivos municipales, en el 52,38% de las paradas recuperadas se hizo uso del desfibrilador. Si extrapoláramos estos resultados al resto de instalaciones municipales ¿cuántas vidas se podrían salvar? Se podría remarcar, la importancia de la implantación de estos dispositivos y la necesidad de formación sobre el Desfibrilador no sólo del personal de los polideportivos, sino de la ciudadanía, ya que hace uso de las instalaciones y podría hacer uso de él. Es destacable, que pese al fomento del uso del desfibrilador y la sencillez de su funcionamiento, haya varias comunidades autónomas en las que la legislación y regulación restrinja el acceso a él.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-217

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁREA 1
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MATARÓ

E Paricio Claramonte, M Rovira Arias, A Espin Puerta,
P Silvestre Aparicio, M Abellana Camacho, I Amenós Alcaraz

Hospital de Mataró. Barcelona

PALABRAS CLAVE: urgencias-vía venosa-clasificació

OBJETIVOS:

Principal: analizar la actividad asistencial en sus diferentes aspectos y su relación entre ellos. Específicos: Analizar niveles de prioridad según Método Andorrano de Triage (MAT). Analizar motivos de consulta. Determinar vía de administración. Definir franjas horarias de asistencia. Identificar destino al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado durante 3 semanas aleatorias del 2016. Población: Pacientes visitados en A1. Variables: nivel de prioridad, motivos de consulta, vía de administración, franja horaria y destino. Fuente de datos: documentación clínica.

RESULTADOS:

Total visitas: 1381 Prioridad: IV 932 (67,48%), III 415 (30,07%) Motivo de consulta: dolor 820 (59,40%), erupciones cutáneas/alergias 113 (8,18%), problemas respiratorios 104 (7,53%). Vía de administración: intramuscular (IM) 320 (50,47%) y endovenosa (EV) 271 (42,74%) de un total de 634 pacientes (45,9%) que recibieron algún tipo de medicación. Franja horaria: mañana (8-16 h) 507 (36,71%), guardia (16-8 h)/fin de semana 874 (63,24%). Destino: domicilio 1283 (92,90%). De la relación de las variables estudiadas obtenemos que a una muestra de 932 (67,48%) se asignó prioridad IV y recibieron medicación 359 (38,51%), 139 EV (38,71%). De los 415 con prioridad III, recibieron medicación 261 (62,9%), 124 EV (47,5%). La suma de pacientes con prioridad III y IV que recibieron medicación fueron 620 (45,9%), 181 (29,19%) en el turno de mañana, recibiendo medicación EV 76 (42%), 439 (70,8%) se visitaron en horario de guardia/fin de semana recibiendo medicación EV 186 (42,3%). El 92,74% de estos pacientes fueron alta a domicilio.

CONCLUSIONES:

Administramos un alto porcentaje de medicación EV, sean prioridades III o IV, en pacientes visitados en el A1. No existen diferencias significativas entre las franjas horarias en que los pacientes son visitados. Prácticamente todos son dados de alta a domicilio, como corresponde a pacientes de baja complejidad. Estos resultados confirman nuestra hipótesis de trabajo. Para corroborarlo, creemos necesario analizar el tipo de medicación administrada y si su indicación se ajusta al tratamiento requerido por el motivo de consulta.

P-219

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS
DE CASTILLA Y LEÓN

N López Cabeza, MJ Montanary Villar, J Ibáñez Frías, M Morán Díaz,
J Abia González, J Martínez Bausela

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

PALABRAS CLAVE: enfermero-cuidados-emergencia

OBJETIVOS:

El trabajo en equipo del personal sanitario de las UMES y el entorno en el que se desarrolla, necesita precisión en su ejecución, estandarización, medición y continuidad con otros niveles. Surge la necesidad de incorporar los Planes de Cuidados (PC) estandarizados al trabajo enfermero. Buscando la implicación de profesionales de la GES, que lideren la estrategia posteriormente, a través de la formación en la elaboración de los PC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

2015 se constituye la Comisión de Cuidados de Enfermería de la GES. Se imparte un curso de formación a los componentes de la Comisión de Cuidados y en el mismo se elaboraron tres planes de cuidados: IRA, TCE grave e Ictus, se adquiere el conocimiento y habilidad para la elaboración de los planes de cuidados. 2016. Con similar procedimiento, se elaboran los PCE de trauma grave, síndrome coronario agudo y parto normal extrahospitalario. 2016. Se implanta los PCE de IRA, TCE grave e Ictus, en una UME de Valladolid, durante seis meses en fase de pilotaje. 2017. Se inicia la elaboración de PC en seis Bases de Emergencias Sanitarias, con un curso de formación impartido por los miembros de la Comisión que también validan los PC elaborados por las Bases, al mismo tiempo, se inicia la implantación de los PCE en la totalidad de las Bases de Emergencias. (Se muestran los esquemas de los PC elaborados y los registros utilizados en la implantación).

RESULTADOS:

Resultados del pilotaje:

Indicadores de cobertura

TCE grave	IRA	Ictus
100%	28%	62%

Indicadores de procedimiento

TCE	Registro de la escala de Glasgow	100%
IRA	Registro de saturación de oxígeno	100%
Ictus	Registro de la tensión arterial	100%

CONCLUSIONES:

Se ha modificado el PC de IRA por Dificultad Respiratoria, adaptándolo a la nomenclatura y realidad de los cuidados enfermeros. Ha resultado acertada la estrategia de implantación de los Planes de Enfermería en la GES, a través de la formación, y la progresiva implicación de profesionales, que lideran la progresiva implantación de los PC en su Base de Emergencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-220

ENFERMERÍA Y CAPNOGRAFÍA EN URGENCIAS:
EVOLUCIÓN Y UTILIDADES

JR Oliva Ramos (1), LN Fadrique Millán (1), MC Gallego Arenales (1),
MC Andrés Fernández (2), C Sánchez Fernández (1),
AM Castro Vega (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (3) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: capnografía-capnometría-monitorización

OBJETIVOS:

Conocer las ventajas e inconvenientes de la capnografía para garantizar un adecuado manejo del paciente crítico. Identificar las situaciones de urgencia en las que la enfermera puede y debe manejar la capnografía. Reconocer las alteraciones capnométricas/capnográficas, así como su interpretación diagnóstica, las cuales alertan sobre deterioros graves del estado de salud del paciente de una manera objetiva.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mediante revisión bibliográfica se describen situaciones vitales en las que la capnografía ayudará al equipo de urgencias a anticiparse a posibles situaciones de emergencia que pudieran sucederse a pacientes críticos.

RESULTADOS:

Se detallan los beneficios de la monitorización a través de la capnografía. Se exponen gráficas clave capnográficas para que la enfermera de urgencias pueda identificar de forma temprana posibles complicaciones del paciente crítico monitorizado.

CONCLUSIONES:

El uso, manejo e interpretación adecuada de la capnografía puede anticiparnos ante futuras complicaciones en el paciente crítico (situaciones de *shock*, EPOC, hipertermia, parada cardíaca...). Dadas las ventajas que reporta, así como la sencillez en el aprendizaje y ser un método no invasivo para el paciente, la enfermera debe conocer esta herramienta e incorporar su uso obligado en aquellas situaciones que lo requieran para garantizar la seguridad y el aumento de la calidad de los cuidados.

P-221

LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN OFRECIDA A LOS USUARIOS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MA Martínez Moreno, MC Ramos Rueda

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: información-urgencias-pacientes

OBJETIVOS:

Este trabajo trata de analizar la calidad y cantidad de la información de los usuarios en la Unidad de Urgencias del Hospital Virgen de la Victoria (HUVV) de Málaga desde la percepción de los profesionales que desempeñan su labor en ella.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se confecciona una encuesta dirigida a los profesionales que desempeñan su labor asistencial en el Servicio de Urgencias del HUVV. La recogida de datos se hace tanto en formulario *online* (Formulario de Encuesta Google) como en formato papel. Son 9 preguntas con escala likert de 5 niveles

RESULTADOS:

100 encuestas en total. Enfermera (47%), TCAE (22%), Médico (14%), Celador (10%), Otros(7%). 1: ¿Los SU Hospitalarios, por sus características son un tipo de servicios que suelen generar confusión a los usuarios? (Casi siempre-Siempre: 58%). 2: La información que se le ofrece a los usuarios sobre el funcionamiento del Servicio de Urgencias (SU) a su llegada es: (Mínima-Poca 47%). 3: ¿Los pacientes suelen tener dudas acerca del funcionamiento del SU? (Casi siempre-Siempre 60%). 4: ¿Las dudas de los usuarios sobre el funcionamiento del SU son generalmente las mismas? (Siempre-Casi siempre 79%). 5: Considero que la unificación de las preguntas más frecuentes de los usuarios del SU en algún documento informativo es: (Muy útil 62%). 6: ¿La falta de información de los usuarios, repercute directamente en el desempeño de la labor asistencial de los profesionales del SU? (Siempre-Casi Siempre: 80%). 7: ¿La información sobre el funcionamiento y organización del SU que se ofrece a los usuarios repercute en el grado de satisfacción de los mismos? (Siempre-Casi siempre: 88%). 8: ¿Es necesario ofrecer información al usuario acerca de la existencia de distintas áreas dentro del SU así como el tipo de actividad a realizar en cada una de ellas? (Siempre-Casi siempre: 89%). 9: ¿Consideraría útil ofrecer al usuario de SU información adicional? (Sí 97%).

CONCLUSIONES:

Los profesionales evidencian que la calidad de la información ofrecida a los usuarios de urgencias es deficitaria, siendo un área a mejorar en el SU. De este trabajo se extrae como principal conclusión que el sistema de información al usuario es mejorable y es preciso potenciar este aspecto de relación con los usuarios.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-222

INFLUENCIA DE LA TENSIÓN ARTERIAL COMO DISCRIMINADOR EN TRIAJE

**MJ Cortés Gómez, RA Penadés Antolín, M Cuenca Torres,
P García Bermejo, J Trescolí Serrano**

Hospital Universitario de la Ribera. Valencia

PALABRAS CLAVE: blood pressure-triage-emergency department

OBJETIVOS:

A través de este estudio valoramos si la tensión arterial debería ser discriminador en el sistema de triaje Manchester, siendo un importante indicador de estabilidad del paciente y del sistema circulatorio esencial para determinar el estado hemodinámico del paciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo sobre una muestra de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de la Ribera entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del 2015.

RESULTADOS:

Se incluyó en la muestra todos los pacientes mayores de 14 años triados por el Sistema de triaje Manchester siendo el tamaño muestral de 381 pacientes. El perfil del paciente del estudio es un varón de 62 años sin alteraciones en los signos vitales. El motivo de consulta y etiqueta diagnóstica más representativa fue "Adulto mal estado general" siendo el discriminador "problema reciente" el descrito con más frecuencia. Un alto porcentaje de pacientes fueron asignados con "P4". Un 15% de los pacientes presentaban alteración de los valores de tensión arterial y un 56.9% fueron susceptibles de cambiar la prioridad asignada.

CONCLUSIONES:

La tensión arterial puede cambiar la prioridad si es tenida en cuenta por el Sistema de triaje Manchester. En todos los pacientes un aumento en la prioridad se traduce en un menor tiempo de espera.

P-223

ATOMIZACIÓN INTRANASAL

C Cortés Fadrique, J Marín Martín, F Santiago Cid

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

PALABRAS CLAVE: emergencias-vía alternativa-medicación

OBJETIVOS:

1. Analizar cuáles son las situaciones que recoge la bibliografía para la utilización de la vía intranasal con medicación atomizada en urgencias. 2. Describir la medicación que puede ser utilizada por vía intranasal con atomizador.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos científicos publicados en las siguientes bases de datos: Medline, Biblioteca Virtual de la salud, Google Académico, PubMed, Scielo, Cuiden. Con periodo temporal de los últimos 5 años. Con los términos en cadena de búsqueda: "intranasal", "atomizador", "medicación", "emergencias". También se analizaron protocolos, procedimientos y guías de actuación de servicios de emergencias.

RESULTADOS:

12 artículos cumplían los criterios establecidos para el análisis.

CONCLUSIONES:

Debido a la baja solubilidad así como a la biodistribución, escasos son los fármacos que se recomiendan utilizar por vía intranasal con atomizador. Según la bibliografía consultada, los fármacos recomendados: midazolam, haloperidol y fentanest. Basándose en la alta vascularización de la cavidad nasal, evita la barrera hematoencefálica, con buena biodisponibilidad y acción rápida. Su limitación viene determinada por la degradación enzimática, escaso volumen a administrar y escasa bibliografía sobre los fármacos a utilizar adaptados en ficha técnica para esta vía.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-225

VALORACIÓN DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMO DIRECTO

C Cortés Fadrique, M Díaz Chaves, J Marín Martín, F Santiago Cid

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

PALABRAS CLAVE: triaje-avanzado-algoritmo

OBJETIVOS:

1. Analizar los tiempos de espera hasta la realización de pruebas complementarias de radiología simple. 2. Comparar las pruebas que solicitaría el enfermero de triaje y las que ha solicitado el médico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de quince días de duración donde se han captado los pacientes que acuden por traumatismo directo a la unidad de urgencias en los turnos aleatorios donde han coincidido profesionales que intervienen en el estudio. Los datos recogidos son sociodemográficos, hora de triaje y hora de realización de radiología, escala EVA del dolor, signos de inflamación e impotencia funcional, radiología simples realizadas y las que se hubiese solicitado en triaje por la enfermera, analgésico y diagnóstico.

RESULTADOS:

El 59,3% han sido hombres, con una media de edad 35,3 (DE: 27,1) años. El tiempo que ha transcurrido hasta la petición de la radiología ha sido de 49 (DE: 66) minutos. La concordancia entre las solicitudes que hubiese hecho la enfermera con las solicitadas por el médico es del 76,7%.

CONCLUSIONES:

La solicitud de radiología en el momento de la realización del triaje supone una considerable reducción de los tiempos de espera, casi una hora, aumentando la calidad percibida de los pacientes que siente que están antes dentro del circuito asistencial. No se objetiva una diferencia significativa entre las solicitudes que hubiesen realizado la enfermera de triaje y las que ha solicitado el médico.

P-227

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA EN EL AÑO 2015

JM Fernández García

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: síncope-urgencias-epidemiología

OBJETIVOS:

Describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes incluidos en la Unidad del Síncope de Urgencias del HUCA. Conocer el destino final de los pacientes incluidos en el Protocolo del Síncope de Urgencias del HUCA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA y fueron incluidos en el protocolo de la Unidad del Síncope desde el 1 enero al 31 diciembre de 2015. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, así como, pruebas diagnósticas realizadas a los pacientes incluidos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 149 pacientes, el 54,1% fueron mujeres, la edad media $66,29 \pm 18,53$ (15-91) años. Presentaban, al ingreso, HTA 43,5%, DM el 14,6%, DL 28%, antecedentes de cardiopatía isquémica 12,2%, valvulopatías 6,8%, fibrilación auricular 12,8%. Se llegó a diagnóstico de síncope cardiogénico en un 15,6%. En las pruebas realizadas el EKG presentaba FA en 9,5%. Se realizó estudio holter a un 91,9% y ecocardiogramas a un 85%. En los resultados del holter se vio que el 7,4% presentaba BAV y FA en 9,5%. El 21,6% de los ecocardiogramas fueron patológicos. Precizaron ingreso el 10,2% de los pacientes. El 21,6% fueron remitidos a consulta de Cardiología.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes incluidos en la Unidad del Síncope de Urgencias del HUCA fueron mujeres. La media de edad de los pacientes fueron 66 años. La mayoría de pacientes no presentaban al ingreso antecedentes cardiológicos importantes. Tras la realización de pruebas complementarias, desde el servicio de urgencias, se filió como síncope de origen cardiogénico a un número significativo de pacientes. Todos los pacientes que ingresaron lo hicieron en el Servicio de Cardiología del HUCA.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-229

ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA EN LOS AÑOS 2011 Y 2015

JM Fernández García

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: síncope-urgencias-epidemiología

OBJETIVOS:

Valorar la evolución de la Unidad del Síncope de Urgencias entre los años 2011 y 2015.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA y fueron incluidos en el protocolo de la Unidad del Síncope desde el 1 enero al 31 diciembre de 2011 y del 1 enero al 31 diciembre de 2015. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, así como, pruebas diagnósticas realizadas a los pacientes incluidos.

RESULTADOS:

La cifra de pacientes incluidos en la Unidad del Síncope aumentó en un 44,6%. En 2015 la mayoría de pacientes, 54,1% fueron mujeres mientras que en 2011 el 56,7% eran hombres. La media de edad disminuyó de 70 años en 2011 a 66 años en 2015 ($p = 0.093$). No se registraron diferencias significativas en cuanto a los antecedentes clínicos de los pacientes. En 2011 se realizaron maniobras vagales al 25% de los pacientes frente al 2,7% en 2015 ($p = 0,005$). También es significativo el mayor número de ecocardiogramas patológicos en 2011, 51% frente al 21,6% en 2015 ($p = 0,005$). Fueron etiquetados como síncope de origen cardiogénico el 20,2% en 2011 frente al 15,6% en 2015. Tanto en 2011 como en 2015 en torno al 80% de los pacientes fueron dados de alta.

CONCLUSIONES:

El aumento del número de pacientes incluidos en la Unidad del Síncope, así como la resolución de más del 80% de los casos, es un signo de fortaleza de la Unidad del Síncope de Urgencias del HUCA. El número de pacientes diagnosticados de síncope de origen cardiogénico, no inferior a 20 casos en ambos años, es otro punto a reseñar de esta unidad.

P-230

TRIAJE MANCHESTER DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LA UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA

V Fernández Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: triaje-síncope-urgencias

OBJETIVOS:

Analizar los niveles de triaje y diagramas utilizados en los pacientes incluidos en la Unidad de Síncope del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Analizar los niveles de triaje y diagramas utilizados en aquellos pacientes que fueron filiados como síncope de origen cardiogénico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA y fueron incluidos en el Protocolo de la Unidad del Síncope desde el 1 enero al 31 diciembre de 2015. Se analizaron los niveles de triaje asignados a los pacientes incluidos en la unidad a su llegada al servicio.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 149 pacientes. El diagrama más utilizado fue el de "Adulto con síncope o lipotimia" (59,5%) seguido de "Dolor torácico". El nivel de triaje asignado fue el nivel III en un 72,3% de los pacientes, seguido del nivel de triaje II y del nivel IV. Ningún paciente se clasificó con nivel de triaje V. En los pacientes que se filiaron como síncope de origen cardiogénico también fue el diagrama de "Adulto con síncope o lipotimia" el más utilizado y la mayoría de los pacientes fueron clasificados con nivel de triaje III.

CONCLUSIONES:

El nivel de triaje asignado a los pacientes con síncope puede tener valor predictivo para la inclusión de los mismos en la Unidad del Síncope. Que no se registrasen pacientes clasificados con niveles IV y V filiados como síncope de origen cardiogénico es un punto a destacar en cuanto a la utilización de la herramienta de triaje.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-231

ANÁLISIS DEL SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIOGÉNICO
EN LA UNIDAD DEL SÍNCOPE DE URGENCIAS DEL HUCA

V Fernández Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: síncope-urgencias-cardiogénico

OBJETIVOS:

Definir los hallazgos clínicos que orientan al diagnóstico de síncope de origen cardiogénico y la incidencia en los pacientes que se incluyen en el Protocolo de la Unidad del Síncope de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA y fueron incluidos en el protocolo de la Unidad del Síncope desde el 1 enero al 31 diciembre de 2015. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, así como, pruebas diagnósticas realizadas a los pacientes incluidos.

RESULTADOS:

Se incluyó en la Unidad del Síncope a 149 pacientes. El 54,1% fueron mujeres y el 45,9% hombres. La media de edad fue 66,29 años. El 59,5% fueron triados usando el diagrama de Adulto con síncope o lipotimia. Se asignó el nivel III de triaje al 72,3% de los pacientes. Se realizó holter al 91,9% y ecocardiograma al 85%. El 21,6% de los ecocardiogramas revelaron HVI. El 9,5% de los pacientes a los que se les realizó holter presentaron FA y el 7,4% BAV. Fueron etiquetados como síncope de origen cardiogénico el 14,2% de los pacientes e ingresaron a cargo del Servicio de Cardiología el 10,2% del total de pacientes incluidos en la unidad.

CONCLUSIONES:

La realización del holter y el ecocardiograma desde la Unidad del Síncope de Urgencias da la posibilidad de filiar la causa del síncope de forma precoz. En un número importante de pacientes la causa del síncope fueron arritmias o patologías cardíacas no conocidas previamente y potencialmente graves. La Unidad del Síncope hace posible que los pacientes con síncope cardiogénico puedan recibir un tratamiento adecuado de manera precoz desde el servicio de urgencias y disminuye los ingresos de pacientes con síncope no cardiogénicos.

P-232

EL TRIAJE EXTRAHOSPITALARIO EN ESPAÑA EN INCIDENTES
DE MÚLTIPLES VÍCTIMASC Calle Domínguez (2), A Borrella Romero (3), A Batalla Sardá (4),
M Parrón Parra (4)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. (2) Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. (3) Vitalia 24h. Madrid. (4) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: triaje-incidente con víctimas en masa-planes de emergencia

OBJETIVOS:

- Analizar los modelos de triaje primario en el ámbito prehospitalario utilizados en casos de IMV en España. - Conocer el papel de enfermería en el triaje prehospitalario. - Potenciar la visibilidad enfermera en el ámbito extrahospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica de literatura científica de fuentes primarias, secundarias y terciarias, limitado a textos con acceso completo. Contacto vía telemática con responsables y trabajadores de las Gerencias de Emergencias de algunas Comunidades Autónomas (CC. AA.).

RESULTADOS:

Se han encontrado muchas diferencias de actuación ante IMV entre las CC.AA. Madrid utiliza el método Simple Triage And Rapid Treatment (START), identificando a la enfermera como responsable. En Castilla y León es realizado por personal sanitario u otro personal de emergencias entrenado mediante START o Método rápido de Clasificación en Catástrofes (MRCC). Galicia establece que "habitualmente será el enfermero del primer recurso asistencial" quien realice el triaje, utilizando el modelo SHORT. La Rioja tiene un Convenio con Cruz Roja Española, el triaje lo realiza el primer interviniente, no especifican método. En País Vasco, Cataluña, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha y Ceuta será el "Equipo Sanitario" el encargado, sin establecer categoría profesional ni el método utilizado. En Asturias el enfermero iniciará el triaje junto al médico, no especifica método. En Navarra utilizan triaje SHORT, personal sanitario o no. En Murcia, Valencia, Andalucía, Baleares y Extremadura no se ha encontrado método ni responsable en los planes territoriales de emergencias, ni otros documentos. Carecemos de información de Melilla.

CONCLUSIONES:

No existe unificación en los Planes Territoriales de Emergencia entre las CC.AA. ni en los protocolos aplicados para el triaje. Algunas comunidades aún no tienen elaborados o desarrollados protocolos. Varias comunidades identifican a la enfermera como el profesional más adecuado para realizar el triaje.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-233

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULAS NASALES (ONAF)

A Fernández Testa, MJ Folgado Becerra, A Lozano Barrios,
A Jorge Martín, MA Folgado Pérez

Servicio de Urgencia. Complejo Asistencial de Zamora

PALABRAS CLAVE: oxigenoterapia-alto flujo-cánula nasal

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia de la ONAF en cuanto a mejoría de la IRA hipoxémica sin la pérdida del confort del paciente y asegurándonos una terapia eficaz.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisar alguno de los casos en los que se utilizó ONAF en nuestro Servicio de Urgencias desde enero del 2015, momento en el que se inicia su uso previa formación a todo el personal de su utilización e indicaciones.

RESULTADOS:

Se evidencia mejoría en varios aspectos tanto clínicos, con mejoría del manejo de secreciones, mejoría del trabajo respiratorio, escaso deterioro de la piel, así como analíticos, con mejoría de la oxigenación. También resulta más seguro para los profesionales ya que el sistema entrega una FiO_2 estable, sin riesgo de dilución, con un flujo suficiente, sin riesgo de NO alcanzar el Pico Flujo Inspiratorio del paciente.

CONCLUSIONES:

Es una alternativa eficaz a la VMNI en los pacientes con IRA hipoxémica moderada-severa. Evita ingresos en UCI. Se reduce el tiempo de ingresos hospitalarios.

P-234

DE TRIAMAR A CÓDIGO INFARTO.
IMPLICACIÓN PARA LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS

V Abadía Piquero, B García Langoyo, S Bailo Medina,
J Ballabriga Clavería, L Grima Campos, AD Antón Basalo

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: triaje-hemodinámica-infarto del miocardio

OBJETIVOS:

Conocer la repercusión de este cambio para el equipo de urgencias. Comparar la actuación de la enfermera de triaje en las dos estrategias de reperfusión.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante consulta de la historia clínica electrónica, de aquellos pacientes a los que durante los años 2014 y 2016, se les practicó un ICP, mediante activación del equipo de alerta de hemodinámica (EAH) por el propio SUH. Se revisó motivo de consulta y nivel de triaje, según el Sistema Español de Triage y destino inicial, así como demora en la realización del primer ECG y el PCM. Los resultados fueron analizados mediante Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS:

El EAH fue activado en un 48,5% más de episodios durante el periodo de CI, disminuyendo el porcentaje de activaciones del SUH desde 18,7% al 12,3%, pasando las directamente triadas por enfermería del 11,8% al 4,7% del total de intervenciones. En ambos periodos, la realización de ECG a la llegada, superó el 85%, incluyendo a la totalidad de pacientes con motivo de consulta dolor torácico, siendo todos atendidos en el área de urgencia vital. Éste no sobrepasó los 10 minutos en el 70% de los episodios. El tiempo medio hasta PCM fue de 14 minutos no superando los 28 minutos en ningún paciente. Tras la implantación del CI, en estos pacientes, los ICPp pasaron del 88,9% al 100%.

CONCLUSIONES:

Los resultados observados en cuanto a la activación por el SUH coinciden con lo esperado, priorizándose la activación extrahospitalaria. Aunque esto otorga menor protagonismo a la enfermera de triaje, ésta ha mantenido su buena labor en cuanto a la identificación y realización precoz del ECG.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-235

CANALIZACIÓN DE PICC EN URGENCIAS.
DISMINUYENDO LOS RIESGOS

A Morillo Gálvez, R Vega Guzmán

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: urgencias-PICC-cuidados enfermería**OBJETIVOS:**

Conocer el perfil del paciente al que se le realiza la técnica. Determinar el destino de los pacientes a los que se ha canalizado PICC en el área de urgencias. Describir las complicaciones en los pacientes que portan PICC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Recopilación de historias clínicas de los pacientes reclutados por el grupo de canalización de PICC del Hospital Virgen de la Victoria durante el periodo de estudio 6 meses). Estudio descriptivo observacional, con análisis de datos estadísticos utilizando SPSS Statistics v22.

RESULTADOS:

Para un valor $n=52$, los pacientes fueron trasladados a planta en un 63.5%, UCI 11.5%, Quirófano 1.9% y Éxito un 15.4% sólo hubo una complicación (1.6%). La indicación principal fue la inestabilidad hemodinámica en un 53.8% de los pacientes, las dos patologías más comunes fueron Insuficiencia renal (34.6%) y Sepsis (26.9%).

CONCLUSIONES:

El uso de PICC en el Área de Urgencias del Hospital Virgen de la Victoria, es una técnica usada en pacientes, que acaban ingresados, y que se encuentran inestables hemodinámicamente, debido a insuficiencia renal o sepsis en su gran mayoría, observando una tasa de complicaciones muy baja, siendo una técnica que mejora la seguridad del paciente frente a la canalización de vías centrales.

P-236

VALORACIÓN DEL DOLOR EN LA LIMPIEZA MECÁNICA
DE ABRASIONES. INFORME DE CONTINUIDAD
DE CUIDADOS DE ENFERMERÍAL Undabeytia López (1), S García Núñez (2), A Molina Álvarez (3),
R Garrido López (1), MT Lobo Rodríguez (1)

(1) UGC Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. (2) ZBS Atención Primaria Lora del Río. Sevilla. (3) UGC Urgencias HRT Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: abrasiones-limpieza mecánica-escala analógica de valoración del dolor**OBJETIVOS:**

Comprobar la eficacia del uso del clorhidrato de mepivacaína al 2% sin vasoconstrictor en irrigación, para disminuir el dolor en la limpieza mecánica de las abrasiones, mediante la aplicación de la Escala Analógica del Dolor. Realizar un Protocolo en el Manejo de Limpieza de Abrasiones. Elaborar y pilotar un "Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería en pacientes con Abrasiones" para su seguimiento en Atención Primaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Descriptivo observacional (criterios de inclusión/exclusión). Elaboración y Pilotaje de Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería.

RESULTADOS:

La principal causa de las abrasiones son los accidentes de moto, siendo 39 de ellos accidentes de moto con casco, 16 sin casco, 2 caídas de bicicleta y 3 de ellos fueron como consecuencia de accidentes de coche (salida de la calzada). De los 60 sujetos estudiados, 33 fueron hombres y 27 mujeres. 54 fueron efectivos con la irrigación de la dilución anestésica con un tiempo de espera de 5 minutos, y 6 de ellos fueron eficaces con un tiempo de espera de 10 minutos. La primera irrigación de la dilución anestésica fue eficaz en el 83,3% de los casos y no eficaz en el 16,6% de los casos. El valor mínimo de la primera EVA es de 8,00 y el valor máximo de 10,00. El valor mínimo de la segunda EVA es de 1,00 y el valor máximo de 5,00.

CONCLUSIONES:

Podemos afirmar que el empleo de anestésico tópico en dilución para la limpieza y desinfección de las abrasiones tiene un resultado óptimo y beneficioso para el paciente, demostrado con la utilización de la Escala Analógica de Valoración del Dolor (EVA).



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-237

PREVALENCIA Y MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

M Quiroga Álvarez, Y García Bango, M Cano Sánchez,
A Prado Álvarez, A Alonso Rodríguez, L Fernández Suarez

Hospital Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: triaje-analgésia-dolor

OBJETIVOS:

- Medir el tiempo que tarda un paciente en recibir un primer analgésico en función de la prioridad asignada. - Conocer los tipos analgésicos más comunes administrados y si su uso se puede relacionar con el motivo de urgencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Es un estudio descriptivo que incluye a los pacientes que acuden al servicio de urgencias del HUCA con dolor en el mes de enero de 2016 en los turnos de trabajo de la enfermera de triaje/ investigadora. La muestra total es de 395 pacientes. Primeramente, describimos el motivo de queja asignado en el discriminador del triaje y la prioridad asignada y posteriormente se revisaron las historias de éstos pacientes para obtener los siguientes datos: Tiempos para la administración de una primera analgesia y tipos.

RESULTADOS:

Un 62,5% de los pacientes que acuden con dolor a urgencias preciso analgesia, siendo los pacientes de prioridad 4 los que más tardaron en recibir analgesia (69 minutos) mientras que los pacientes de prioridad 3 recibieron analgesia de media a los 48 minutos de su llegada a urgencias. El dolor abdominal (29,5) y el dolor relacionado con problemas en las extremidades son los más representativos (28,5%), utilizándose el dexketoprofeno como opción analgésica mayoritaria.

CONCLUSIONES:

Los tiempos de administración de analgesia están muy relacionados con la prioridad asignada en el triaje, por tanto, para el adecuado tratamiento del dolor es primordial su evaluación tanto en triaje como durante su estancia en urgencias. Aunque no existen protocolos de manejo del dolor en urgencias existe una tendencia a usar antiinflamatorios endovenosos en la mayoría de las patologías.

P-238

COMPARACIÓN ENTRE EL DOLOR SENTIDO POR EL PACIENTE Y EL DOLOR VALORADO POR LA ENFERMERA DEL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M Quiroga Álvarez, L Martínez García, G Otero Viejo,
N Velasco García, M Rionda Cabo

Hospital Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: prioridad del paciente-dolor-triaje

OBJETIVOS:

- Analizar la distribución del servicio de urgencias basándonos únicamente en el nivel de dolor referido por el paciente y compararla con la percepción de la enfermera del triaje.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado en 2017 cuya muestra consta de 395 pacientes cuyo principal motivo de asistencia al servicio de urgencias de Hospital Central de Asturias es el dolor. Por un lado, la enfermera del triaje entrevista al paciente de manera habitual, y lo clasifica según la regla del dolor del STM. El paciente señala el dolor sentido en el momento del triaje en una línea de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor imaginable). Posteriormente ambas versiones se compararon y analizando su relación con la analgesia administrada.

RESULTADOS:

11,39% de los pacientes puntúan su dolor como leve (prioridad 4), 52,15% establecen una puntuación compatible con una prioridad 3 y 36,45% consideran que su dolor es intenso (prioridad 2). Mientras que la enfermera considera que el 66,23% de los mismos padecen un dolor leve, 32,9% los percibe como dolor moderado (prioridad 3) y un porcentaje muy pequeño son puntuados como dolor intenso (prioridad 2). Por tanto, 27,4% de los pacientes coinciden con el criterio de la enfermera frente al 71,8% que creen que su prioridad debería ser mayor.

CONCLUSIONES:

Es posible realizar una medición del dolor que se corresponda lo más posible con la realidad del enfermo, aunque es inapropiado que el profesional del triaje haga aisladamente una valoración subjetiva del dolor del paciente, ya que hay un porcentaje de casos, aunque no muy elevado, que precisan un escalón analgésico superior a lo que correspondería según el nivel de dolor priorizado por la enfermera.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-239

RESERVORIO SUBCUTÁNEO: ENEMIGO O ALIADO

JM Yepes del Cerro, V Díaz Ruipérez, R Rubio Díaz,
MJ Palomo de los Reyes, N Laín Terés, MD Luna Avilés

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: port-a-cath-venous reservoirs-vascular access device

OBJETIVOS:

Describir el grado de utilización que tienen los enfermeros de urgencias sobre el uso del RSC y el nivel de formación sobre el mismo. Identificar la preferencia sobre su uso ante una situación urgente y las causas que lo motivan.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza mediante encuesta con plataforma Google Forms, difundándose a través de grupos de mensajería y redes sociales a enfermeros de urgencias intra- y extrahospitalarias de diferentes zonas de salud a nivel nacional. Los resultados se analizan mediante programa SPSS v.20.

RESULTADOS:

Se recogen 331 respuestas. El 83,7% representan enfermeros del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH) y el 16,3% del Servicio de Urgencias Extrahospitalaria (SUE). El 85,8% asegura haber utilizado el RSC en su lugar de trabajo (91,7% del SUH y 52,7% de SUE). El 84,5% de los encuestados cree que es muy importante la formación en su uso, pero solo 37,2% la ha recibido (el 47,8% en los últimos 2 años). Interrogados por la preferencia de uso, el 68,6% prefiere utilizar la VVP como acceso venoso ante una situación de urgencia (63,9% en SUH y 78,1% en SUE) y las razones mayoritarias son mayor familiaridad con el acceso y mayor seguridad (riesgo de infección o inutilización). Los que optan por el reservorio 31,4% lo hacen por comodidad del paciente y prevención de múltiples venopunciones. No se observan diferencias en cuanto a la edad del sanitario.

CONCLUSIONES:

1. Se da importancia a la formación sobre el uso del RSC aunque es bastante escasa, por lo que sería interesante implementar cursos para su uso. 2. En terminos generales se considera un buen acceso pero la falta de información hace que se infrutilice por miedo a inutilizarlo o contaminarlo.

P-240

REVISIÓN DE LA ESCALA DE COMA GLASGOW

O Vilaró Aragonés (1), P Lloret García (2)

(1) Hospital Clínic. Barcelona. (2) Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: Glasgow coma scale-emergency department-nurse care

OBJETIVOS:

Examinar la aplicabilidad y adherencia de la GCS 40 años después de su publicación, en concreto en el ámbito enfermero. Revisar los cambios específicos en la escala, los problemas de registro y variabilidad observados durante su aplicación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINHAIL, Cuidatge, Cuiden, utilizando palabras claves, *Glasgow coma scale, emergency department, nurse care*. Acotando el tiempo de publicaciones 2010-2017.

RESULTADOS:

La GCS es un instrumento de alta sensibilidad de discriminación, evaluación y predicción para valorar el estado de consciencia de los pacientes con TCE. El colectivo enfermero es responsable de valorar y reconocer de forma precoz los signos de daño cerebral y empeoramiento. Distintos metaanálisis y estudios transversales realizados en EE.UU., Inglaterra y Sudamérica han identificado errores a la hora de interpretar y cualificar los apartados de la escala (apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora). A nivel del profesional se han detectado diferentes factores que condicionan los resultados obtenidos (los años de ejercicio, experiencia en UCI o Urgencias y conocimiento específico de la escala). Por otro lado, a nivel del paciente existen otros factores de confusión (nervios dañados, intoxicaciones, IOT, barrera idiomática, dificultades auditivas?). Las intervenciones educativas han demostrado ser efectivas.

CONCLUSIONES:

La GCS es una herramienta conocida internacionalmente, uso extendido y validado que evalúa el estado de consciencia. La evaluación de éste se basa en la observación por lo que es importante proporcionar un marco común de referencia en el que no haya variabilidad entre evaluadores. Esta revisión de GCS se realiza para dar las herramientas al profesional de enfermería para poder discriminar los factores de confusión, prevención y manejo para evitar omitir información y estrategias para su mejor registro e interpretación.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-241

RELACIÓN Y COMPARATIVA DE COORDINADORES SANITARIOS
EN LOS CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS Y
EMERGENCIAS DE ESPAÑA

J Abuín Flores (1), R Delgado Sánchez (2), P Fernan Pérez (3),
X Castillo Paramio (4)

(1) CCUS Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061 Galicia. (2) Centro de
emergencias GUETS Toledo. SESCAM. (3) SUMMA. Madrid. (4) SEM. Cataluña

PALABRAS CLAVE: coordinación-emergencia-sanitario

OBJETIVOS:

Analizar y comparar los perfiles profesionales de las Salas de Coordinación de las distintas Comunidades Autónomas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Estudio descriptivo transversal de los distintos profesionales que trabajaron en las Salas de Coordinación de las Comunidades Autónomas Españolas durante el año 2016. - Los datos de la plantilla de personal se obtuvieron mediante el envío de encuestas a los colaboradores del grupo Ecupe de Semes. - Los datos de población se obtuvieron de la plataforma del INE 2016. - Todos los datos han sido tratados mediante paquete estadístico SPSS21.

RESULTADOS:

En España trabajan 2141 profesionales en las Salas de Coordinación, lo cual representa un 4,59 por cada 100.000 habitantes. La proporción de los distintos profesionales sanitarios a nivel estatal en las CCUS es de 31,76% médicos, 19,19% enfermeros, 43,71% gestores/operadores y un 5,23% técnicos.

CONCLUSIONES:

- Existe una gran variabilidad en cuanto al perfil profesional de las distintas salas de coordinación. - La figura del médico y la del gestor/operador está presente en todas las salas. - La figura del enfermero es una parte importante en unas e inexistente en otras. - El técnico sanitario está presente en sólo 4 Comunidades. - La categoría profesional con mayor presencia es la del gestor/operador. - La comunidad con mayor proporción de trabajadores en la sala por cada 100000 habitantes es Navarra (11,08), y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, con un 13,01 y 12,78 respectivamente. - De manera genérica mayor proporción en las demo-geográficas más pequeñas sobre las grandes.

P-242

APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL CÓDIGO ICTUS POR
SUMMA112 EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

A Barberá Gómez

SUMMA112

PALABRAS CLAVE: ictus-ACV-MELAS

OBJETIVOS:

Exponer dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid el rango de edad de pacientes asistidos con código ictus, incidencia mayor por sexo, unidades asistenciales que acuden mayoritariamente a la atención de estos procesos, hospitales de referencia que atienden mayor número de paciente trasladados por el SUMMA112 y el horario con mayor repercusión.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, transversal obtenido de la base de datos generada por las unidades asistenciales y con la codificación de alerta hospitalaria de CÓDIGO ICTUS utilizada por el centro coordinador.

RESULTADOS:

Durante 2016, se han trasladado 770 pacientes con código ICTUS, siendo el Hospital Clínico San Carlos el que más ha recibido. En su mayoría en SVA (610), entre las 8 de la mañana y las 4 de la tarde (406). Los pacientes han sido hombres con un total de 413. La edad con mayor índice se encuentra entre los 71 y 90 años (424) y el mes de Noviembre el mayor en todo el año, con 137 pacientes.

CONCLUSIONES:

Se observa un rango definido en la edad del paciente que sufre un ICTUS, en su mayoría son hombres y una época determinada del año, aunque se observa un aumento progresivo en los últimos meses del 2016. También se objetiva de forma significativa el traslado de pacientes en SVB por sus características de signos y síntomas y cercanía a Hospital, además existe una franja horaria, la mañana, con mayor índice de pacientes trasladados.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-245

AUTO-EFICACIA PARENTAL RELACIONADA CON EL USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

I Iturrioz Núñez, S Echeberría Sáez, R Ruiz de Las Heras Ganuza

Clínica Universidad de Navarra

PALABRAS CLAVE: self-efficacy-parenting skills-child health

OBJETIVOS:

- Conocer el papel que juega la auto-eficacia parental en el uso de los servicios de urgencias ante la aparición de enfermedades menores.
- Entender como la auto-eficacia parental puede influir en la toma de decisiones de los padres con respecto a uso de los servicios de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión narrativa en MedLine, Cinahl, PsycINFO obteniendo un total de 653 artículos que se analizaron cuanto a contenido y calidad.

RESULTADOS:

La auto-eficacia juega un papel importante en el cuidado de los niños. Se ha comprobado que los padres primerizos poseen niveles de auto-eficacia baja, y ante el desconocimiento realizan un uso inadecuado de los servicios sanitarios. La evidencia muestra que no hay una correcta formación de los padres en el cuidado y mantenimiento de la salud por parte de los profesionales, dejando esta responsabilidad en el núcleo de la familia. La literatura muestra que esto es especialmente importante en el caso de neonatos y el primer año de vida. Es en esta época donde la enfermería debe hacer hincapié, para formar a los padres en el manejo de los niños.

CONCLUSIONES:

Es función de enfermería prestar formación a las familias a cerca del manejo de la patología leve y así aumentar la auto-eficacia.

P-248

APLICACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERO (USVAE): UNA PRÁCTICA EFICAZ Y SEGURA

S Solà Muñoz, Y Ferreres Ramia, B Carrión Pleguezuelos, C Sánchez Andres, A López Canela

Sistema Emergències Mèdiques. Generalitat de Catalunya

PALABRAS CLAVE: non-invasive ventilation-prehospital-nursing

OBJETIVOS:

Analizar si la utilización de la VNI como tratamiento de primera línea coadyuvante al convencional por una USVAe mejora los parámetros clínicos saturación de oxígeno (SpO₂) y frecuencia respiratoria (FR) en los pacientes que presentan EAP en el medio prehospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes de pacientes con sospecha diagnóstica de EAP (confirmada en el hospital de destino) atendidos en el área metropolitana de Barcelona entre el 1 de junio del 2013 y el 1 de junio del 2015. Se analiza el tiempo transcurrido para conseguir una SpO₂ y una FR que se consideran óptimas (>95% y <28 respiraciones/minuto respectivamente).

RESULTADOS:

De los 43 pacientes válidos a los que se les aplicó VNI un 51,2% son varones y la edad media fue de 77,3 años (SD 7,9). Se aplica VNI durante un tiempo medio de 42 minutos (DE 13,4) principalmente en modo CPAP (61,9%). La saturación media al inicio de la VNI fue del 87% con O₂ de alta concentración y se consigue optimizar SpO₂ en 14,7 minutos (IC 95% 9,45-17,54). En cuanto a la FR, al inicio de la técnica la media fue de 38 respiraciones/minuto y la media de optimización fue de 30,2 minutos (IC 95% 21,09-40,91). El 90,7% consiguieron saturación >95% y el 72% consiguieron optimizar la FR <28 respiraciones durante la aplicación de VNI prehospitalaria. No se registraron complicaciones graves en relación a su aplicación.

CONCLUSIONES:

Aplicar VNI a pacientes con sospecha clínica de EAP por una USVAe a nivel prehospitalario optimiza la SpO₂ y la FR, y supone una práctica segura para el paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-149

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR
USUARIOS DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS
Y PROPUESTA DE PROYECTO DE ESTUDIO

N Amorós Lucas (1), F Iturbe Recasens (1), L Duch Grau (1),
J Oró Fontova (2), N Kreidler Rivero (2), J Lara Nieto (2)

(1) SEM-ICS Balaguer. Lleida. (2) SEM Lleida

A-150

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE SÉPTICO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

R Pedrero Alonso, A Fraile Vicente, N Haro Mellado,
R Rodríguez Borrego, S González Sánchez

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

A-157

ELECTOCARDIOGRAFOS, WIFI Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

M Azkuenaga Martín, I Paredes Trigueros, I Lamas Fernández,
A Gayangos Machado, I Beitia Goenaga, J Fernández Iglesias

Hospital de Mendaro. Gipuzkoa

A-161

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA
INCORPORACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE
CRÍTICO EN EL BOX VITAL EN EL HOSPITAL REY JUAN CARLOS

R Serra Toledo, S Guerrero Ruso, M Martín López,
P de Peralta García, M Sánchez Vicente

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid

A-172

URGENCIAS DEL HUAC SEGÚN TRIAJE MANCHESTER: AÑO 2016

A López Cruz, B Pedrouzo Roca, C Barcia de Vicente,
M Vilares Calvete, M Pérez Ramos

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

A-186

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

M Falces Añón, L Jiménez Martínez, J Alonso Caballero,
M Fuentes Ochoa, V Martínez Martínez

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

A-188

PUNCIÓN ARTERIAL ECOGUIADA. ¡APRENDAMOS!

J Alonso Caballero, L Jiménez Martínez, M Falces Añón,
V Martínez Martínez, MT Fuentes Ochoa

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

A-190

CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
DE A CORUÑA

MB Pedrouzo Roca, A Montero Salinas, N Lozano Carro,
MA López Cruz, M Pérez Ramos

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

A-191

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREVIOS A LA VENTILACIÓN
E INICIALES A PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA
NO INVASIVA (VMNI) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

M Vilares Calvete, C Barcia De Vicente, M Pérez Ramos,
MA López Cruz, N Lozano Carro

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-192

PROTOCOLO CÓDIGO ICTUS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO A CORUÑA

C Barcia de Vicente, M Pérez Ramos, A Montero Salinas,
MB Pedrouzo Roca, M Vilares Calvete
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

A-193

DISEÑO DE UNA HOJA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
ESPECÍFICA PARA EL ÁREA QUIRÚRGICA EN URGENCIAS
(NIVEL 1)

S Rabadán Mezquita, J Pérez Acebo
Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

A-195

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA HIPOTERMIA EN EL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

C Barcia de Vicente, A Montero Salinas, A Gómez Blanco,
N Lozano Carro, MA López Cruz
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

A-196

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA SUJECCIÓN MECÁNICA
EN FASE AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Pelado Parras
Urgencias. Hospital Santiago Apostol. Vitoria

A-198

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA EN BOX DE CRÍTICOS
EN EL HOSPITAL DE MANISES

C Muñoz de Sande, A Mora Aguas
Hospital de Manises. Valencia

A-199

SONDAJE VESICAL: CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO
R/C AUMENTO INCIDENCIAS INFECCIONES TRACTO URINARIO
(ITU)

C Muñoz de Sande, N Cámara Coronado, C Hernández Martínez,
F Aparicio Medina, E Sáez García, I Martínez González
Hospital de Manises. Valencia

A-202

IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE VALORACIÓN INICIAL
ENFERMERA AL PACIENTE ATENDIDO EN LA UNIDAD DE
ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO (UAPI)

V Rubio Cañadas, MI Mármol Tardáguila
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid

A-203

PICTOGRAMA TRADUCIDO EN LENGUA CHINA Y ÁRABE

C Muñoz de Sande, E Carrillo Amores, A Mora Aguas, E Sáez García,
C Torregrosa Nadal, F Aparicio Medina
Hospital de Manises. Valencia

A-205

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA CAPNOGRAFÍA EN UNIDADES
DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA

MJ Ruiz Vert (2), A Pau Massoni (1), S Oliveras Menor (1),
O Marquina Peralta (1), G Fustegueras Mir (1)
(1) SEM. (2) ICS

A-212

COMPARACIÓN DE TIEMPOS DE TRIAJE EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MANISES

C Torregrosa Nadal, F Aparicio Medina, A Mora Aguas,
C Muñoz de Sande, I Martínez González, C Hernández Martínez
Hospital de Manises. Valencia



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-218

CUIDADOS GENERALES Y PRINCIPALES COMPLICACIONES
EN LA TERAPIA VMNI

C Hernández Martínez, A Mora Aguas

Hospital de Manises. Valencia

A-224

MANEJO DE TRAUMATISMOS DIRECTOS CON UN ALGORITMO DE
TRIAJE AVANZADO

M Díaz Chaves, C Cortés Fadrique, F Santiago Cid

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

A-226

EL EFECTO TRANSILVANIA COMO CONDICIONADOR DE LA
ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

J Marín Martín, M Díaz Chaves, C Cortés Fadrique

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

A-247

IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EL USO
SEGURO DE MEDICAMENTOS CON RIESGO DE FLEBITIS QUÍMICA

S Echeverría Sáez, RM Ruiz de las Heras Ganuza, I Iturrioz Núñez

Clínica Universidad de Navarra

A-251

VENTAJAS EN LA FIJACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS MEDIANTE
ALARGADERA CON LLAVE DE TRES PASOS INCORPORADAI Feliu Pérez (2), A Pau Massoni (2), O Marquina Peralta (2),
S Oliveras Menor (2), G Fustegueras Mir (1)

(1) ICS. (2) SEM

A-252

INMOVILIZACIÓN EN EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIAS

I Díez Díez, M Gabiña Barbara, E Ríos Lorenzo

Emerbask

A-257

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
EL MANEJO DE DERIVACIONES DERECHAS Y POSTERIORES

M Ruiz Sáez (1), IC Fortes Millán (1), L Gallardo Jiménez (2)

(1) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. (2) Hospital Valle del Guadalhorce/
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-263

FRECUENCIA CARDIACA MÁXIMA CON EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL NIVEL D, EN LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

F Martín Rodríguez (1), P Arnillas Gómez (1), MA Castro Villamor (2), V Casado Vicente (3), JF Delgado Benito (1), C Fernández Pérez (4), JL Martín Conty (5)

(1) Emergencias Sanitarias Castilla y León. (2) Centro de salud Delicias 2. Valladolid. (3) Centro de Salud Parquesol. Valladolid. (4) H. Clínico San Carlos. Madrid. (5) Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha

PALABRAS CLAVE: heart rate-ergometry-physical exertion

OBJETIVOS:

Analizar la respuesta fisiológica de la frecuencia cardiaca entre los diferentes grupos de estudio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuasiexperimental no controlado sobre 100 voluntarios (pregrado de enfermería, pregrado de medicina, enfermeros y médicos) elegidos aleatoriamente por conglomerados. Se analizaron clasificándolos según su actividad (pregrado, urgencias hospitalarias y emergencias sanitarias). Se evalúa la frecuencia cardiaca máxima (obtenida por la ecuación de Tanaka), el umbral anaeróbico teórico, la frecuencia cardiaca máxima en el umbral anaeróbico (cicloergometría mediante protocolo Conconi), la presión arterial y la frecuencia cardiaca máxima obtenida durante las maniobras de RCP en el caso simulado con los equipos de protección individual puestos.

RESULTADOS:

La frecuencia cardiaca máxima de Tanaka ($p < 0,001$), el umbral anaeróbico teórico ($p < 0,001$), la frecuencia cardiaca en el umbral anaeróbico ($p < 0,001$) y la presión arterial sistólica en el esfuerzo ($p = 0,032$) fueron diferentes por grupo, encontrándose las diferencias entre los grupos de pregrado y los enfermeros o médicos. La frecuencia cardiaca máxima de Tanaka ($p < 0,001$), el umbral anaeróbico teórico ($p < 0,001$), la frecuencia cardiaca en el umbral anaeróbico ($p < 0,001$) fueron diferentes por subgrupo, encontrándose las diferencias entre los grupos de pregrado y el resto. La frecuencia cardiaca máxima de Tanaka fue 26,91 mmHg (IC 95% 25,47, 28,35) mayor que la frecuencia cardiaca del umbral anaeróbico. En cuanto a la frecuencia cardiaca máxima del test fue 23,03 mmHg (IC 95% 21,43, 24,63) mayor que la frecuencia cardiaca del umbral anaeróbico. Al comparar la frecuencia cardiaca máxima del test con la frecuencia cardiaca máxima de Tanaka, se encontró un descenso medio de 3,88 mmHg (IC 95% -5,91, -1,85).

CONCLUSIONES:

El esfuerzo físico que supone hacer una reanimación con equipos de protección individual nivel D, repercute de forma directa en la frecuencia cardiaca de los intervinientes, de modo, que la frecuencia cardiaca máxima durante la RCP supera la frecuencia cardiaca máxima durante la ergometría.

O-271

RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA POR PERSONAL LEGO. ESTUDIO DE SIMULACIÓN MEDIANTE EL USO DE TECNOLOGÍA PUPILAR

F Fernández Méndez (1), NM Sáez Gallego (2), MJ Fernández Méndez (3), M Santos Folgar (3)

(1) Facultad de Enfermería. CLINURSID Grupo de Investigación. Universidad de Santiago de Compostela. (2) Facultad de Educación. Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo. (3) Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. REMOSS. Grupo de Investigación en Rendimiento y Motricidad del Salvamento y Socorrismo. Universidad de Vigo. Pontevedra

PALABRAS CLAVE: eye movement measurements-anaphylaxis-patient simulation

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio piloto fue evaluar dos modelos de formación sobre el reconocimiento y tratamiento de la anafilaxia para personas legas, basado en la valoración mediante tecnología pupilar.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio de simulación cuasi-experimental de corte transversal para evaluar la identificación y tratamiento de la anafilaxia. 50 sujetos fueron aleatorizados en 4 grupos: 3 usaron diferentes videos con contenido supervisado por *staff* sanitario y se comparó con una formación cara a cara en consulta pediátrica. Para la evaluación del aprendizaje se diseñó un escenario de simulación en el que se representaba una víctima de anafilaxia. Se utilizó un dispositivo de registro de los movimientos oculares para evaluar el desempeño. La investigación respetó los principios éticos de la declaración de Helsinki. La legislación española no indica la necesidad de la aprobación de un comité de Ética para estudios de simulación no invasivos.

RESULTADOS:

La formación pediátrica cara a cara obtuvo un mejor y más rápido reconocimiento de la anafilaxia. Los participantes usaron el inyector de adrenalina con mayor precisión y menos errores. Con este tipo de formación, los participantes, necesitaron un menor número de fijaciones visuales para reconocer la anafilaxia y tomar la decisión de inyectar la epinefrina.

CONCLUSIONES:

Analizando los diferentes formatos de vídeos y la formación cara a cara por un experto los resultados son variables y favorables hacia la formación por un experto.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-282

**SER MÉDICA O MÉDICO SE HACE, NO SE NACE.
ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS MÉDICOS CON PERSPECTIVA
DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

**Al Soler Castillo, R García Martín, MM Tejerizo Saez, Al Egea Pérez,
AB Salueña Baquedano**

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada

PALABRAS CLAVE: género y salud-práctica médica-investigación cualitativa

OBJETIVOS:

-Analizar con enfoque de género los discursos de la/os profesionales médicos en su práctica clínica y posibilitar la reflexión sobre ello, en un hospital. -Identificar diferencias en la práctica clínica marcadas por el género. -Evaluar la percepción de la/os profesionales sobre el impacto en su práctica clínica derivado de esta reflexión basada en la teoría de género.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Cualitativa mediante Grupos Focales (GF) y análisis de discurso. Se realizaron 4 GF, con médico/as en activo del mismo hospital y diferentes especialidades. 21 profesionales participaron, realizándose 2GFs exclusivamente con médicas, 1GF con médicos y otro mixto. Se audiorregistraron, transcribieron y analizaron las sesiones. El guion de los GF estuvo estructurado con las siguientes dimensiones: Percepción general sobre el papel del sexo del/la médica en la práctica diaria, comunicación y relación con la/os pacientes, actitud frente a la negociación y toma de decisiones, vivencia respecto a la autoridad, poder y ambición, interacción vida familiar-profesional.

RESULTADOS:

Se confirma la hipótesis inicial en cuanto a diferencias en todas las dimensiones estudiadas en función del sexo médica/o, si bien se observan diferencias interesantes en los discursos en función, por ejemplo, de la especialidad médica o de las circunstancias familiares de lo/as participantes. El análisis de los consensos y disensos inter- e intragrupal en cada dimensión sería el contenido de la comunicación oral que se plantea.

CONCLUSIONES:

Este trabajo muestra una línea de futuro para la investigación-acción en el campo estudiado, centrado en profesionales de la medicina, y ampliable a otras categorías y perfiles de la sanidad pública. De la continuación en la investigación esperamos obtener suficiente información para una posible implementación de recursos de sensibilización y guías prácticas a medio plazo.

O-283

**EN URGENCIAS TAMBIÉN HAY VIOLENCIA DE GÉNERO:
NO TENGAMOS MIEDO A PREGUNTAR**

**M Sainz de Andueza (1), MC Fernández Alonso (2),
S Herrero Velázquez (3), L Alegre Ramos (4), V Ruiz Abad (5),
O Zhygálova Zhygálova (1), C Hernández Tuda (1)**

(1) Hospital Universitario de Burgos. (2) Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. (3) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (4) C.S. García Lorca. Burgos. (5) C.S. Gamonal Antigua. Burgos

PALABRAS CLAVE: battered woman-screening-health services

OBJETIVOS:

Evaluación de tres pilares en abordaje de violencia de género: profesionales, mujeres, herramientas de cribado. 1. Proponer buenas prácticas y procedimientos de intervención eficaces en Urgencias para mejorar diagnóstico y registro de maltrato. 2. Investigar opinión de mujeres acerca de nuestra intervención.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Estudio descriptivo transversal y multicéntrico: mujeres ? 14 años con cribado de maltrato realizado en Historia Clínica. - Muestreo aleatorio por etapas, estratificado por porcentaje cribado: 10 Equipos Atención Primaria urbanos y rurales, Burgos.

RESULTADOS:

- 23.5% Población Respuesta es o ha sido víctima de violencia de género. 7,3% precisó atención urgente consecuencia directa del maltrato. 3,7% precisó atención urgente > 6 veces el último año. - Causas Incapacidad Temporal: curiosamente todas enfermedades traumatológicas. Consecuencia directa/indirecta, probablemente hayan demandado asistencia urgente. - Profesional sanitario que realiza Cribado: Médico 56,9%casos. Ninguna mujer refiere cribado en Urgencias. - Relación entre percepción subjetiva de relación de pareja e interpretación objetiva de respuestas a WAST estadísticamente significativa ($p = 0,000$). - Ante la pregunta directa y objetiva de cribado, etiquetan sus experiencias de maltrato. - La opinión de mujeres es unánime a favor del cribado rutinario en nuestra práctica clínica.

CONCLUSIONES:

- 22-23% mujeres que visitan Urgencias, consulta por consecuencia directa/indirecta de maltrato: muchas NO verbalizan el verdadero origen de sus dolencias. - Una herramienta de cribado mejoraría el porcentaje de detección. Aplicar una pregunta facilitadora/directa es factible en nuestro medio, y con buena aceptación por las mujeres. - Proponemos Cuestionario WAST (Sensibilidad 94,5%, Especificidad 90%) y Pregunta directa. - Falta sensibilización y formación: 66% profesionales no se plantea maltrato como diagnóstico diferencial. - ¿No tenga miedo a preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas, están esperando silenciosamente que alguien les pregunte? (OMS, 1998).



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-290

COMPARACIÓN DE CAPACITACIÓN DADA POR ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ENTRE LA METODOLOGÍA PBL-CBL CONTRA METODOLOGÍA LBL EN LOS MIR1 DE MEDICINA DE FAMILIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (HGUGM)

PA Chisholm Sánchez (1), A Yáñez Anchustegui (2),
ER Corpeño Monge (2), I Poblador Ferrer (2), GA Montero Vicente (2),
L García Olmos (3), D Sánchez Sendin (3)

(1) Hospital Moncloa. Madrid. (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. (3) Unidad Docente Multiprofesional Sureste. Madrid

PALABRAS CLAVE: capacitación-problem-based learning-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Analizar el nivel de mejora en la capacitación dado por la notas obtenidas en la Rotación de Urgencias Médicas de los MIR1 de Medicina de Familia comparando el curso LBL vs. el curso PBL-CBL.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tipo de estudio: cohortes. Muestra y Criterios de inclusión: Se analizaron las notas de rotación de urgencias médicas de todos los MIR1 de Medicina de Familia de nuevo ingreso en el HGUGM de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. Se analizaron las notas de la variable relación con equipo de trabajo. Se Realizó análisis estadístico con Excel y SPSS Prueba de chi-cuadrado de Pearson. En los años 2012, 2013, 2014, a 70 MIR1 Medicina de Familia se les impartió el curso con el método basado en LBL, en los años 2015, 2016 el curso con el método basado en PBL-CBL se le impartió a 50 MIR1 de Familia.

RESULTADOS:

El 88% de los residentes en el grupo PBL-CBL en la variable de Nivel de conocimientos teóricos adquiridos obtuvo nota de 2 en (escala de 1-3 siendo 3 la nota máxima) en comparación con 60% de las mismas en el grupo LBL, siendo estadísticamente significativa dicha diferencia ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de MIR1 de Medicina de Familia del HGUGM que realizó el curso PBL-CBL en la nota de la rotación de urgencias médicas en la variable de Nivel de conocimientos teóricos adquiridos. Este estudio quiso revelar si la metodología del curso PBL-CBL tenía un impacto favorable en las notas de rotación de urgencias médicas comparado con el curso LBL. Se vió que el curso PBL-CBL favorece una mejoría en la nota de adquisición de conocimientos teóricos probablemente por aplicación práctica de los mismos en la resolución de problemas y casos.

O-291

COMPARACIÓN DE CAPACITACIÓN DADA POR LA RELACIÓN CON EL EQUIPO DE TRABAJO ENTRE LA METODOLOGÍA PBL-CBL CONTRA METODOLOGÍA LBL EN LOS MIR1 DE MEDICINA DE FAMILIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (HGUGM)

PA Chisholm Sánchez (1), A Yáñez Anchustegui (2),
ER Corpeño Monge (2), GA Montero Vicente (2), I Poblador Ferrer (2),
L García Olmos (3), D Sánchez Sendin (3)

(1) Hospital Moncloa. Madrid. (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. (3) Unidad Docente Multiprofesional Sureste. Madrid

PALABRAS CLAVE: capacitación-problem-based learning-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Analizar el nivel de mejora en la capacitación dado por la notas obtenidas en la Rotación de Urgencias Médicas de los MIR1 de Medicina de Familia comparando el curso LBL vs. el curso PBL-CBL.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tipo de estudio: cohortes. Muestra y Criterios de inclusión: Se analizaron las notas de rotación de urgencias de todos los MIR1 de Medicina de Familia de nuevo ingreso en el HGUGM de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. Se analizaron las notas de la variable Nivel de conocimientos teóricos adquiridos. Se realizó análisis estadístico con Excel, y SPSS Prueba de chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS:

En los años 2012, 2013, 2014, a 70 MIR1 Medicina de Familia se les impartió el curso con el método basado en LBL, en los años 2015, 2016 el curso con el método basado en PBL-CBL se le impartió a 50 MIR1 de Familia. El 50% de los residentes en el grupo PBL-CBL en la variable de Relación con equipo de trabajo obtuvo nota de 3 en (escala de 1-3 siendo 3 la nota máxima) en comparación con 8.6% de las mismas en el grupo LBL, siendo estadísticamente significativa dicha diferencia ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES:

Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de MIR1 de Medicina de Familia del HGUGM que realizó el curso PBL-CBL en la nota de la rotación de urgencias médicas en la variable de Relación con equipo de trabajo. Este estudio quiso revelar si la metodología del curso PBL-CBL tenía un impacto favorable en las notas de rotación de urgencias médicas comparado con el curso LBL. La relación con el equipo de trabajo se vio positivamente influenciada en el curso PBL-CBL probablemente debido a la interacción de grupo en la resolución de problemas y casos.





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-296

SITUACIÓN DE LA PATOLOGÍA TROPICAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES

M Gil Mosquera (1), R López Izquierdo (2), JM Modol Deltell (3),
G Bejarano Redondo (4), F Jiménez Morillas (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. (2) H.U. Río Hortega. Valladolid.
(3) H.U. Germans Trias i Pujol. Barcelona. (4) H.U. La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: tropical medicine-emergencias-malaria

OBJETIVOS:

Conocer las características en la atención a las infecciones tropicales en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) españoles.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se diseñó una encuesta en formato Google Forms enviada a través de correo electrónico a los miembros del grupo de INFURG-SEMES entre noviembre del 2016 y Febrero 2017. Se tomaron una serie de variables que describían la situación de cada hospital. Comparación variables cualitativas: Chi-cuadrado. SPSS 20.0, $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Respuesta 44 hospitales. >400 camas: 47,7%, >200 urgencias/día: 75%, 2 visitas semanales casos infecciones tropicales 70,5%. Servicio infecciones: 31,8%, unidad medicina tropical: 20,5%. Microbiólogo guardia: 44,5%, infectólogo guardia: 9,1%. protocolos medicina tropical (54,5%): fiebre hemorrágica (47,7%), fiebre viajero (36,4%), diarrea (20,5%), malaria (6,8%). El 68,2% disponían de gota gruesa 24 h del día y el 50% de antígeno de malaria, pero el 20,5% de ninguna de ellas. El 18,2% tenía serología dengue 24 h. El 77,3% tenían fármacos antipalúdicos (63,6% atovaquona-proguanil, 43,2% quinina y 22,7% artesunato). El 70,5% tenía box acondicionado para poner EPI. Comparando entre hospitales pequeños (<400 camas) vs. grandes (>400 camas) los segundos disponían más frecuentemente de servicio de enfermedades infecciosas (47,8% vs. 14,3%; $p = 0,02$), medicina tropical (34,8% vs. 4,8%; $p = 0,01$), protocolo fiebre en el viajero (52,2% vs. 19%; $p = 0,02$) y artesunato (34,8% vs. 9,5%; $p = 0,04$). No se observaban diferencias en cuanto a disponibilidad de gota gruesa, técnica de detección de antígeno de malaria, serología dengue y box para EPI.

CONCLUSIONES:

- La atención a la patología importada supone un volumen no despreciable de consultas a los SUH. - Se observa ausencia de protocolos específicos en casi la mitad de hospitales, a destacar la ausencia del de malaria en la gran mayoría de ellos. - En un quinto de los centros no se dispone de ninguna prueba diagnóstica para malaria de urgencias, y en tres cuartas partes del tratamiento de elección de la malaria grave, artesunato, especialmente en aquellos de menor tamaño.

O-303

APRENDER ENSEÑANDO. ALUMNOS DEL GRADO DE MEDICINA ENSEÑAN RCP A SUS FAMILIARES Y AMIGOS

S Espinosa Ramírez, M Ota Buesa, A Hernández Gamazo,
MI Esparza Garrido, A Delgado Esteban,
V González de Gor García-Herrera

Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

PALABRAS CLAVE: capacitación-evaluación educacional-resucitación cardiopulmonar

OBJETIVOS:

Evaluar los conocimientos adquiridos en RCP y DEA por el alumno de tercer año del Grado de Medicina.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Los alumnos del tercer año del Grado de Medicina del curso 2015-16 recibieron una formación en RCP y DESA estructurada según el programa SEMES-AHA. Para evaluar las competencias adquiridas se propuso a los alumnos que hicieran grupos de 5 alumnos, para elaborar un vídeo con una duración máxima de 5 minutos, con el que tenían que poder enseñar RCP y la importancia del DEA a sus familiares y amigos. Para la evaluación se tendrían en cuenta 5 ítems, la idea, la producción, el objetivo educativo, la capacidad de demostración de la cadena de supervivencia y los fallos existentes en el vídeo. El trabajo se presenta en colaboración con las autoras del mejor de los vídeos.

RESULTADOS:

Se presentaron un total de 20 vídeos, con un promedio de 2,8 fallos. En 13 casos el vídeo se apoyaba en una historia creíble con un lado humano. En 12 casos el vídeo incluía un trabajo de producción, con cambios de planos y textos insertados. En 8 casos el objetivo educativo se reforzaba con textos insertados y con voz en off, en 10 se usaba o textos o voz en off y solo en 2 casos no se usaba ni los textos ni la voz en off. En todos los casos se demostraba la cadena de supervivencia completa.

CONCLUSIONES:

Pensamos que este método evaluativo consigue implicar al alumno en el aprendizaje de la RCP y de la utilización del DESA. Para el futuro tenemos que ver cuán eficaz son los vídeos en el aprendizaje de la RCP por parte de la población diana.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-304

INFLUENCIA PRONOSTICA DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN
ERITROCITARIO (ADE) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDIACA AGUDA

I Lobo Cortizo, C Marinero Noval, R Cenjor Martín, J Rodríguez
Paredes, R Romero, P Herrero Puente

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-anemia-eritrocitario

OBJETIVOS:

Determinar la implicación pronóstica a corto plazo del ADE en pacientes con ICA atendidos en SUH independientemente de que tengan o no anemia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes con ICA, definida según las guías vigentes de IC de la SEC, atendidos en SUH. Variables: ADE dividido en cuartiles, 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 de supervivencia mediante regresión de Cox.

RESULTADOS:

Se incluyeron 4561 pacientes, 1103 (24,2%) estaban en el Q4 de ADE que corresponde con un 17%. Los pacientes del Q4 tienen con mayor frecuencia HTA ($p = 0,04$), Diabetes Mellitus ($p = 0,004$), valvulopatía ($p < 0,001$), EPOC ($p < 0,001$) e IC previa ($p < 0,001$). Del tratamiento crónico los pacientes del Q4 recibían más diuréticos de asa ($p < 0,001$) sin diferencias en el resto de los tratamientos. De los datos clínicos del episodio agudo tenían menos insuficiencia respiratoria ($p = 0,004$), cifras más bajas de Hb (11,1 el Q4 vs. 12,4, 12,4, 11,8 g/dL Q1, Q2 y Q3 respectivamente, $p < 0,001$) y valores más bajos de filtrado glomerular estimado (56,5 ml/min el Q4 vs. 63,4, 59,9, 57,3 los Q1, Q2 y Q3 respectivamente, $p < 0,001$). La mortalidad a los 30 días es mayor en el grupo del Q4 (12,7% vs. 9, 8,1 y 9,3% de los cuartiles Q1, Q2 y Q3 respectivamente). La HR del Q4 para la mortalidad a los 30 días es de 1.44 (IC 95% 1,12-1,86), $p = 0,005$.

CONCLUSIONES:

El ADE es un parámetro fácilmente accesible en los servicios de urgencias hospitalarios y que identifica a un grupo de pacientes con ICA con mayor probabilidad de mortalidad a 30 días.

O-305

CAUSAS DE SANGRADO ACTIVO EN PACIENTES
ANTICOAGULADOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD

S Paoli, P Lázaro Aragües, JA Sánchez Nicolás, C de Prados
González, C Saavedra Menchón, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: hemorragia-anticoagulantes-grupos de edad

OBJETIVOS:

Analizar los distintos tipos de sangrado según la edad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, de revisión de historias clínicas en el que se incluyeron todos los pacientes que consultaron en el Servicio de Urgencias del Hospital General Reina Sofía de Murcia con diagnóstico de hemorragia secundaria al uso de anticoagulación oral durante los años 2015-2016. Las variables estudiadas fueron la edad y el tipo de sangrado: se dividieron a los pacientes en 4 grupos de edades (11-44, 45-64, 65-74, ≥ 75) y se estudió la existencia de sangrado activo según el tipo de órgano y aparato donde se produjo.

RESULTADOS:

Consultaron 121 pacientes con diagnóstico de sangrado secundario a anticoagulación, 2 se excluyeron por no presentar sangrado activo. De los 119 pacientes analizados, se identificaron 2 en el grupo de edad 11-44 años, 1 con sangrado otorrinolaringológico (ORL) y el otro de partes blandas. En el grupo 45-64 años (12), 5 (41,67%) presentaron sangrado de partes blandas, 1 vascular (8,3%), 2 digestivo (16,67%), 1 genitourinario (8,33) y 3 (25%) sangrado no especificado (sangrados múltiples o de origen no filiada). En el grupo 65-74 años (31), el 3,23% (1) presentó sangrado ORL, el 9,67% de partes blandas (3), el 16,13% (5) digestivo, el 6,45% (2) genito-urinario, el 3,23% (1) cerebral, el 9,67% (3) post-quirúrgico y el 41,93% no especificado. En el de ≥ 75 años (74) el 4,05% (3) presentaron sangrado ORL, el 17,57% (13) de partes blandas, el 8,11% (6) vascular, el 9,47% (7) digestivo, el 5,4% (4) genitourinario, el 10,81% (8) cerebral y el 44,59% (33) no especificado.

CONCLUSIONES:

El grupo con mayor riesgo de sangrado fue el de ≥ 75 años (62,2%), seguido por el 65-74 años (26%), el de 45-64 (10%) y finalmente 11-44 (1,8%). Los sangrados no especificados son las causas más frecuentes en todos los rangos de edad, excepto en el grupo 11-44 años. Otros tipos de sangrados frecuentes según grupo de edad son: partes blandas, cerebrales y digestivos en el grupo ≥ 75 años, vasculares, post-quirúrgicos, de partes blandas y digestivo en el grupo 65-74 años, finalmente los de partes blandas prevalecieron en el grupo 45-64 años.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-309

GESTIÓN LOGÍSTICA EN LAS ACCIONES FORMATIVAS DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL. UNA LABOR INVISIBLE PERO TAN NECESARIA COMO LA PROPIA FORMACIÓN

J Cano Gabriel, J Compes Luque, F Miguel Saldaña, E López Tomas, R Juan Palmer, E Corral Torres

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: formación-logística-material

OBJETIVOS:

Analizar el volumen de material utilizado en las acciones formativas de SAMUR-PC durante el plan de formación del año 2016. Establecer la relación existente entre la valoración de la satisfacción del material utilizado y la valoración de la satisfacción global del curso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las acciones formativas realizadas por SAMUR-Protección Civil durante el año 2016 en relación a la logística de material utilizado en ellas. Como variables se describe la tipología de la logística utilizada durante el año 2016 y la valoración de la satisfacción con respecto al material utilizado y la valoración global con la formación del año 2016.

RESULTADOS:

Durante el año 2016 SAMUR-PC ha realizado para sus profesionales 20 acciones formativas con un total de 115 ediciones. La gestión logística del material utilizado para la realización de todo el plan de formación del año 2016 ha conllevado un gran esfuerzo ya que se han movilizado hacia los centros de formación 425 muñecos de simulación, 592 aparatos de electro medicina, 593 unidades de material para manejo del paciente traumático y todo el material fungible caducado que cede la propia farmacia que tiene SAMUR-PC. Tras el análisis de las valoraciones de las acciones formativas de los alumnos se observa que la media de las valoraciones del material es directamente proporcional a la media de satisfacción con el curso.

CONCLUSIONES:

El material utilizado para la realización de las acciones formativas en un Servicio de Emergencias es determinante en la calidad, ganancia de conocimientos y reciclaje de los profesionales que reciben dichas formaciones. También es uno de los aspectos que influyen en gran medida en la satisfacción de los alumnos con la formación recibida.

P-258

PUESTA EN MARCHA DE UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS SANITARIAS EN BOLIVIA

ME Yanguas Lezaun, E Irigaray Oses, MV Senosiain Larrión, J Betelu Corcuera

Servicio Navarro de Salud

PALABRAS CLAVE: cooperación internacional-servicios médicos de urgencia-software

OBJETIVOS:

Dar a conocer una realidad en Coordinación, caracterizado por pocos recursos y grandes dificultades de implementación. Enseñar cómo poner en marcha un CCU partiendo de cero, sin conocimientos previos de coordinación por parte de los profesionales al cargo. Comparar los documentos de apoyo, diseñados para tal fin.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un trabajo de estudio de análisis y comparación de diferentes procedimientos, formación y funcionamiento a nivel nacional e internacional de centros de coordinación de urgencias. Del trabajo derivado se pusieron en marcha los resultados que posteriormente se definen.

RESULTADOS:

Durante los años 2016/2017: A) Formación de médicos operadores en: • Conceptos generales de coordinación. • Procedimientos. • Conocimiento y adaptación de las Guías de Coordinación a la realidad del país. • Simulaciones de llamadas. • Escucha de audios. • Módulo de formación clínica: SVA, cardiología, oxigenoterapia, IMV?. B) Diseño de recursos de apoyo a la coordinación: • Catálogo de recursos movilizables. Ambulancias. • Identificación de las ambulancias (Indicativos). • Teléfonos de las ambulancias (para su activación y comunicación). • Mapa con la ubicación de las ambulancias. • Mapa con la ubicación de: - Hospitales de 2.º y 3.º nivel. - Centros de Salud. - Puestos de Salud. • Listado de teléfonos de los Centros de Salud, Puestos de Salud y Hospitales (Emergencias), etc. C) Software diseñado por la ONG y adaptado a la realidad de Bolivia, con 51 guías de apoyo a la Coordinación, compuesto por algoritmos de decisión en la movilización de recursos y documentos de apoyo.

CONCLUSIONES:

Los profesionales de Emergencias, tienen la capacidad y oportunidad de contribuir al conocimiento y puesta en marcha de sistemas de emergencias en Países desfavorecidos. • Importancia de la adaptación a la realidad del país y por lo tanto necesidad de flexibilidad cognitiva para ello. de lo simple a lo complejo. • Recursos: necesidad de balancear medios con la oportunidad de su utilización. • Importancia del proceso: Cada pequeño paso que demos, ayuda.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-259

EL ENFERMERO COMO FORMADOR EN SOPORTE VITAL BÁSICO A DEPORTISTAS

M Abad López, FJ Acebedo Esteban, B Gal Iglesias

Universidad Europea Madrid

PALABRAS CLAVE: muerte súbita-atletas-desfibriladores

OBJETIVOS:

Comprender la situación actual sobre el conocimiento de la muerte súbita y comprobar mediante simulaciones controladas, si la formación facilitada, por parte del personal de enfermería, a un grupo de deportistas, puede mejorar la actuación *in situ* de una situación de emergencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal, prospectivo, experimental comparativo llevado a cabo en dos grupos compuestos por 16 varones entre 18 y 35 años, futbolistas sin remuneración económica. Un equipo recibe, por parte de la investigadora, formación teórica-práctica sobre conceptos generales relacionados con la muerte súbita, reanimación cardiopulmonar y utilización del Desfibrilador Externo Automático (DEA). El otro equipo no recibe formación. Ninguno de los dos equipos tiene conocimientos previos al respecto. Seguidamente a los equipos se les sometió, por separado, a un simulacro controlado, sin previo aviso en el que se simulaba una parada cardiorrespiratoria durante un entrenamiento. El material utilizado fue un maniquí y un simulador de desfibrilador.

RESULTADOS:

Se midieron los tiempos basados en la cadena de supervivencia (estilo Utstein) obteniéndose una diferencia temporal en relación al correcto reconocimientos de una parada cardiorrespiratoria y al uso del desfibrilador por parte de los participantes.

CONCLUSIONES:

Se comprueba el aumento de eficacia en la realización de la reanimación cardiopulmonar y el uso del DEA cuando el grupo recibe formación, mejorando el tiempo de actuación y la calidad de las acciones. Estos indican que la formación por parte del profesional enfermero sería una propuesta para la mejora de la primera actuación en casos de muerte súbita.

P-261

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC): UN ACCESO VENOSO SEGURO, RÁPIDO Y EFICAZ EN URGENCIAS

J Guzmán Rentero, MY Morillo Alejo

Hospital San Juan de la Cruz. AGS Norte de Jaén

PALABRAS CLAVE: formación-PICC-urgencias

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo es dar a conocer los cuidados y mantenimiento del catéter PICC en nuestra Área y especialmente en los servicios de Urgencias y cual fue nuestra estrategia para formar al personal de enfermería, de nuestro Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Al comenzar a instaurar los PICC en Jaén, para administración de quimioterapia, decidimos formar a todo el personal de enfermería de nuestro Área y sobre todo al de Urgencias en el manejo y cuidados del PICC. Comenzamos formando a un enfermero por centro de Atención Primaria. Este a su vez, sería el formador del resto en su centro. En primer lugar realizamos una sesión teórico-práctica en la que se realizó, una exposición teórica del PICC, con un video demostrativo. Después cada alumno pudo realizar los cuidados y mantenimiento del catéter en un brazo de maniquí de accesos venosos periféricos y por ultimo realizamos la práctica, con pacientes portadores de PICC citados con su consentimiento.

RESULTADOS:

Realizamos un pretest y un posttest para evaluar la formación desarrollada. Al ser los grupos reducidos, de 9 alumnos como máximo, obtuvimos una excelente evaluación en las encuestas de satisfacción del alumnado. Con esta acción formativa, eminentemente práctica, todo el personal, pudo practicar los cuidados y manejo de este catéter.

CONCLUSIONES:

Debido a que somos el hospital con mayor dispersión geográfica de Andalucía, evitamos desplazamientos de los pacientes y familiares. Hemos conseguido que esos cuidados los puedan realizar en su centro de salud. Los enfermeros ya pueden utilizar estos dispositivos para extracción sanguínea y para administrar medicación de manera rápida y eficaz en caso de urgencia.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-264

SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL MÁSTER
EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES DE LA UNIVERSIDAD
DE ALICANTE CON LA SIMULACIÓN CLÍNICAJ Sales García (1), J Perpiñá Galvañ (2), L José Alcaide (3),
B Morales López (4)

(1) Enfermero SAMU. Becario de Simulación. Departamento de Enfermería. Universitat d'Alacant. (2) Profesora Contratada Doctor. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. (3) Enfermera SAMU. Profesora Asociada. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. (4) Médico SAMU. Profesora Asociada. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

PALABRAS CLAVE: simulación clínica-satisfacción-competencias**OBJETIVOS:**

El objetivo de este estudio es analizar la satisfacción de los alumnos del Máster en Emergencias y Catástrofes de la Universidad de Alicante con la simulación clínica avanzada, como método de aprendizaje.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron los alumnos del Máster de Emergencias y Catástrofes de la Universidad de Alicante. No se establecieron criterios de exclusión. Se administró una encuesta de 15 preguntas elaborada *ad hoc* basada en la encuesta de calidad y satisfacción del aula de simulación clínica de la Universidad de Cantabria. También se recogieron variables sociodemográficas, de experiencia profesional y experiencia con la simulación clínica avanzada. Se realizó un análisis descriptivo hallando la puntuación media y desviación típica de la escala de satisfacción y las frecuencias del resto de variables. Se utilizaron pruebas no paramétricas para analizar la asociación entre el nivel de satisfacción y variables sociodemográficas y profesionales. Los cálculos se realizaron con la versión 21 del programa SPSS.

RESULTADOS:

Participaron 20 alumnos que obtuvieron puntuaciones altas en la escala de satisfacción (media = 44.25, SD 5.1, puntuación que en una escala ordinal de 0 a 10 puntos significa un 8.04.). Fue especialmente valorada la simulación como experiencia motivadora que permite mejorar la integración teoría/práctica. El aspecto menos valorado fue la realidad de los escenarios y la adecuación de las instalaciones utilizadas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de satisfacción con la simulación clínica y ninguna de las variables sociodemográficas y profesionales analizadas. La escala mostró una adecuada fiabilidad por consistencia interna (? de Cronbach de 0.83).

CONCLUSIONES:

La elevada satisfacción manifestada por los estudiantes indica que la simulación clínica es una adecuada metodología de aprendizaje en el postgrado en Ciencias de la Salud. Es necesario contar con instalaciones más adecuadas y dotar de mayor realismo la elaboración de escenarios.

P-265

DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN CON LA ROTACIÓN
POR EMERGENCIAS LOS MÉDICOS Y ENFERMEROS INTERNOS
RESIDENTESS Navarro Santos (1) P Fernán Pérez (1), A Mateos Rodríguez (1),
J Mallo Pérez (1), ME Díaz Sanz (1), O Oliva Fernández (2)

(1) SUMMA 112. Madrid. (2) Universidad Europea de Madrid. Hospital General de Collado Villalba. Madrid

PALABRAS CLAVE: family practice-family nurse practitioners-medical education**OBJETIVOS:**

Detectar y analizar las diferencias existentes en las encuestas de satisfacción entre residentes de Medicina y residentes de Enfermería.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se han recogido 192 encuestas (149 de MIR Y 42 de EIR) entre marzo de 2014 y marzo del 2017 mediante un formulario de Google Forms. Se ha realizado un estudio observacional, analítico y retrospectivo, incluyendo el 100% de las encuestas. Se han usado tablas de contingencia y test Chi cuadrado con SPSS 21 para analizar las diferencias encontradas entre MIR y EIR.

RESULTADOS:

Se han encontrado diferencias significativamente estadísticas en cuatro preguntas. En la pregunta "¿Te ha permitido el tutor actuar según tus competencias?", donde un 19% de los EIR contestó "sólo en ocasiones", frente a un 7,5 en MIR (sig. 0.028). A la pregunta "¿Te ha animado tu tutor a presentar algún caso clínico?", un 90,2% de los EIR contesta NO, siendo un 66,9 de los MIR los que contestan lo mismo (sig. 0,003). Al preguntar "¿Te parece importante la rotación por el SCU (Servicio Coordinador de Urgencias)?", un 69,1% de los MIR opinan que mucho, mientras este porcentaje es un 47,6% en EIR (sig. 0,002). Al preguntar si rotaron todos los días con el tutor asignado solo un 16,1% de los EIR lo hicieron, frente a un 41,5% de los MIR (sig. 0,003).

CONCLUSIONES:

La satisfacción con la rotación es buena y es similar para ambos colectivos pero existen algunas diferencias estadísticamente significativas: Los MIR dan más importancia a la rotación por el SCU que los EIR. De los resultados se deduce menor vinculación por parte de los tutores EIR, que completan en menor medida la tutoría durante toda la rotación y animan menos a la presentación de casos clínicos. Los EIR perciben menos autonomía a la hora de actuar.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-266

ROTAR POR LA EXTRAHOSPITALARIA PARA FORMAR
A LA PRIMARIA

P Fernán Pérez (1), S Navarro Santos (1), J Mayo Pérez (1),
A Mateos Rodríguez (1), E Díaz Sanz (1), MM Morán Díaz (2)

(1) SUMMA 112. Madrid. (2) Emergencias SACYL

PALABRAS CLAVE: emergency medical services-medical education-family nurse practitioners

OBJETIVOS:

Describir el impacto de la rotación en extrahospitalaria en los EIR en Familiar y Comunitaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuantitativo descriptivo con carácter retrospectivo en el que se han analizado las 42 encuestas realizadas en formulario Google Forms, y tratados mediante Software SPSS21, teniendo en cuenta los porcentajes válidos.

RESULTADOS:

Al 78,6% de los residentes les ha parecido riguroso el proceso de organización. El 83,3,1% no han tenido problemas de contacto con la unidad docente. El tutor ha tenido en cuenta siempre las aportaciones de los residentes en un 88,1%. El 85,7% se ha sentido siempre integrado en el equipo. El tutor ha permitido actuar siempre según sus competencias a un 81%. Un 90,2% no han sido animado a presentar casos clínicos por su tutor. Un 47,6% ven muy importante la rotación por SCU. Las puntuaciones medias fueron: a la rotación 4,67 (mediana 5) a la organización de la rotación la media fue 4,27 (mediana 4), a las actividades docentes (de 1 a 5) de media 3,93 (mediana de 4), a la rotación por SCU 4,23 (mediana 4).

CONCLUSIONES:

La rotación por el SUMMA 112 ayuda a los residentes a completar la visión global del sistema sanitario, además de dotarles de competencias en atención a urgencias y emergencias y herramientas en la gestión telefónica de la demanda de cuidados de los pacientes. Perfeccionan habilidades, tanto técnicas como personales en materia de comunicación, que podrán integrar en su práctica diaria, que junto con el grado de conocimiento obtenido del propio Servicio, en cuanto a dinámicas de trabajo, códigos asistenciales y recursos asistenciales, contribuirán a constituir profesionales sanitarios, más competentes y concienciados, con un uso más racional de los recursos del sistema sanitario y con la continuidad de los cuidados. Los residentes están satisfechos con la rotación y la organización de las mismas, expresando que les encantaría trabajar en un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalaria.

P-267

SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES DE FAMILIA
Y COMUNITARIA TRAS SU FORMACIÓN EN EL SUMMA 112

S Navarro Santos, P Fernán Pérez, J Mallo Pérez,
A Mateos Rodríguez, ME Díaz Sanz, P Huertas López

SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: medical education-family practice-family nurse practitioners

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de satisfacción de los residentes tras su rotación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo con carácter retrospectivo en el que se han analizado las 192 encuestas realizadas en formulario Google Forms entre los años 2014 y 2017, y tratados mediante Software SPSS21, teniendo en cuenta los porcentajes válidos.

RESULTADOS:

Al 81% de los residentes les ha parecido riguroso el proceso de organización. El 91,1% no han tenido problemas de contacto con la unidad docente. El tutor ha tenido en cuenta siempre las aportaciones de los residentes en un 93,7%. Un 87,7% realizaron contrato docente. El 92,6% se ha sentido siempre integrado en el equipo. El tutor los ha permitido actuar siempre según sus competencias a un 89,9%. Un 72,1% de los residentes no han sido animado a presentar casos clínicos por su tutor. Un 64,4% ven muy importante la rotación por SCU. Han participado un 28,4% en alguna actividad docente. Las puntuaciones medias fueron: para la rotación 4,67, para la organización de la rotación 4,27, para las actividades docentes 3,93, para la rotación por SCU 4,23. A un 40% de los rotantes les encantaría trabajar en la emergencia extrahospitalaria. Un 58,4% tenían uniforme completo al iniciar la rotación. Sólo 34,5% rotaron todos los días con el tutor asignado.

CONCLUSIONES:

El grado de satisfacción obtenido en la organización de la rotación por SUMMA 112 es muy alto, pero se debe fomentar la participación en actividades docentes, al ser la rotación un periodo formativo de vital importancia para su trayectoria. Constituye otra área de mejora la acogida y el proceso de *mentoring* por parte del tutor para caminar hacia la excelencia.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-268

EL PASO DEL SUMMA 112 POR LA VIDA DE UN MIR DE FAMILIA Y COMUNITARIA

P Fernán Pérez (1), S Navarro Santos (1), J Mayo Pérez (1),
A Mateos Rodríguez (1), E Díaz Sanz (1), C Laserna Del Gallego (2)

(1) SUMMA 112. Madrid. (2) SACYL

PALABRAS CLAVE: medical education-emergency critical care-family practice

OBJETIVOS:

Analizar el impacto de la rotación en extrahospitalaria en los MIR en Familia y Comunitaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuantitativo descriptivo con carácter retrospectivo en el que se han analizado las 149 encuestas realizadas en formulario Google Forms entre los años 2014 y 2017, y tratados mediante Software SPSS21, teniendo en cuenta los porcentajes válidos.

RESULTADOS:

Al 81,6% de los residentes les ha parecido riguroso el proceso de organización. El 93,2% no han tenido problemas de contacto con la unidad docente. El tutor ha tenido en cuenta siempre las aportaciones de los residentes en un 95,2%. El 94,6% se ha sentido siempre integrado en el equipo. El tutor los ha permitido actuar siempre según sus competencias a un 92,5%. Un 69,1% ven muy importante la rotación por Servicio Coordinador de Urgencias (SCU). Han participado un 21,4% en alguna actividad docente. A un 35,6% les encantaría trabajar en la emergencia extrahospitalaria. Las puntuaciones medias fueron: a la rotación 4,68 (mediana 5) a la organización de la rotación la media fue 4,30 (mediana 5), a las actividades docentes 4,01 (mediana de 4), a la rotación por SCU 4,25 (mediana 4).

CONCLUSIONES:

Es la rotación en el SUMMA 112, la cual evalúan de forma satisfactoria, donde los MIR desarrollan en un alto grado todas sus competencias, no sólo científicas técnicas en el manejo de la atención a urgencias y emergencias, durante su rotación por recursos asistenciales, si no que, también sus habilidades en gestión telefónica de la demanda de los pacientes, para discernir y realizar un correcto triaje telefónico en el SCU, rotación que en más del 60% indican que es importante. El paso del SUMMA 112 por la vida de un MIR contribuye a formar a un profesional clave en la cadena asistencial, dotándole de una visión integral e integradora del sistema sanitario, del cual son la puerta de entrada y elemento clave en la sostenibilidad del sistema.

P-273

COLOCACIÓN DEL COLLARÍN CERVICAL: EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA MEDIANTE SIMULACIÓN Y APLICACIÓN DE RÚBRICA

AM Vázquez Casares, E Mauriz García, E Andina Díaz,
C Liébana Presa, L Sánchez Valdeón, A López Alonso,
E Fernández Martínez

Universidad de León

PALABRAS CLAVE: inmovilización cervical-"rúbrica"- "simulación"

OBJETIVOS:

Determinar la eficacia de la metodología de aprendizaje basada en la aplicación de una rúbrica para evaluar la técnica de colocación del collarín cervical en estudiantes de segundo curso del grado de Enfermería.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se seleccionaron 81 estudiantes matriculados en la asignatura de Bases de cuidados de enfermería, distribuidos en grupos de 3 (n = 27). El rol asignado a cada estudiante dentro de cada grupo consistió en: paciente, tracción del cuello o colocación del collarín. La valoración de la eficacia del procedimiento se realizó mediante la aplicación de una rúbrica de 10 ítems. Los datos obtenidos se compararon considerando la auto-evaluación, la evaluación entre pares y la evaluación del docente en 3 momentos sucesivos.

RESULTADOS:

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los momentos inicial, intermedio y final del estudio ($p < 0,05$) en la auto-evaluación efectuada por los propios alumnos y las evaluaciones realizadas por el docente. La comparación de las puntuaciones recogidas en cada momento del estudio reveló diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las auto-evaluaciones y la evaluación por pares respecto a la evaluación del docente en el momento inicial de aplicación de la rúbrica. Así mismo, los ítems con peores puntuaciones en el momento inicial del análisis correspondieron a la manipulación (71%), medición (70,5%) y colocación del collarín (69,5%), y a la colocación (66,2%) y comprobación de la posición de la víctima (57,5%).

CONCLUSIONES:

El aprendizaje de la técnica de colocación del collarín empleando una rúbrica permite evaluar la evolución en la adquisición de la competencia desde el momento inicial al final del procedimiento e identificar los errores más comunes en la realización de la técnica.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-274

ENFERMERAS ESPAÑOLAS EN GUINEA ECUATORIAL:
UN RETO DOCENTE

V Díaz Ruipérez, MH Martín Vicente, MP Fernández Moraga,
M Ortega Moreno-Derredrojo, L de Paz Martínez, E López Pérez,
JM Yepes del Cerro

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: pediatric nursing-hospitals-teaching-Equatorial Guinea

OBJETIVOS:

Dotar a los enfermeros de los conocimientos necesarios para poder reconocer y atender una situación de urgencia en el niño. Incentivar a los alumnos en la importancia de transmitir los conocimientos adquiridos al personal de enfermería de su ámbito sanitario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El curso estaba formado por 20 alumnos, representando las diferentes zonas sanitarias del país. La duración fue de un mes, con un total de 210 horas lectivas (144 teóricas y 66 prácticas). El temario incluía los aspectos básicos de asistencia al niño desde el nacimiento y atención en la sala de partos hasta las principales urgencias pediátricas con los procedimientos y técnicas más comunes en pediatría. El equipo docente se compuso de 5 enfermeras que realizaron el temario, de las cuales 4 viajaron al país para impartir el curso.

RESULTADOS:

Pese a que en el examen inicial los resultados no fueron positivos, al finalizar el curso el 100% de los alumnos superaron las diferentes evaluaciones y cumplieron los objetivos de participación y actitud activa. Los alumnos asumieron la importancia de su futuro papel docente como parte clave de la mejora en la calidad asistencial dentro de su comunidad.

CONCLUSIONES:

La formación impartida cumplió las expectativas del alumnado y consolidó su objetivo docente con respecto al resto de enfermeros de su ámbito sanitario. Los conocimientos teóricos facilitan la obtención de posibles recursos futuros, pues si algo no se conoce, no se genera la necesidad de obtenerlo. La formación continuada es indispensable en cualquier país pero adquiere mayor importancia en países con bajos recursos puesto que mejora la asistencia sanitaria de forma directa. Aunque la colaboración asistencial en países con bajos recursos puede ser mas reconfortante para el formador, la docencia asegura la continuidad asistencial.

P-275

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DURANTE EL VUELO Y EL
ATERRIJAJE: UN RETO ENTRE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD

MR Gracia Velilla, L López Iborra, M Pardo Ríos, F Díaz Victoria,
E Gracia Velilla, P Gracia Velilla

Academia General del Aire de San Javier. Murcia

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-aircraft-patient simulation

OBJETIVOS:

Evaluar la respuesta de la tripulación de un Aviocar ante una PCR durante un vuelo y aterrizaje.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata del estudio de un caso de simulación clínica en un entorno real. Se utilizó un maniquí Little Anne® con un SimPad® PLUS con SkillReporter®. El escenario comenzó una vez los paracaidistas habían saltado, en dicho momento (tiempo 0) se informó a la tripulación de una PCR, el procedimiento terminaba una vez el avión había detenido la aeronave. Se realizó una grabación en vídeo mediante 2 cámaras y el maniquí registró información sobre la calidad de las compresiones e insuflaciones. También se realizó una evaluación con una plantilla diseñada *ad hoc*.

RESULTADOS:

La duración total de la reanimación fue de 4?41?, realizada por 2 reanimadores. En primer lugar quitaron el cinturón, atalaje y paracaídas y colocaron en decúbito supino. La ayuda pedida corresponde con el protocolo de emergencia del avión, pero no avisaron al 112. Se actuó sin comprobar la PCR, directamente iniciaron compresiones cardiacas (profundidad media 56 mm, reexpansión completa 27% (N = 80), profundidad suficiente 63% (N = 215), frecuencia adecuada 89% (N = 262), frecuencia 109 compresiones/min. Ventilaciones efectivas: 3, volumen adecuado 33% (N = 1) y volumen medio: 301 ml. Las maniobras cesaron al dar el relevo al personal del botiquín de la base.

CONCLUSIONES:

La respuesta ante una PCR durante un vuelo de instrucción paracaidista ha sido positiva, con numerosas propuestas de mejora sobre todo centradas en la ventilación. La necesidad de una adaptación específica para la RCP en vuelo es imprescindible para asegurar la eficacia de la RCP y la seguridad del paciente y los intervinientes.





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-277

EXPERIENCIA DE USO DE LA APP EMERMEDSCIENCE COMO HERRAMIENTA DE ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

O Rodríguez Blanco (1), L Villa García (2), A Torrejón Herrera (3)

(1) Sistema Emergències Mèdiques. Barcelona. (2) CAP Can Bou - CASAP. Barcelona. (3) Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Barcelona

PALABRAS CLAVE: literatura médica-medicina de emergencias-aplicaciones móviles**OBJETIVOS:**

Describir el uso que los profesionales sanitarios han hecho de la app eMerMedScience desde su publicación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo observacional desde la publicación de la app. Intervalo de tiempo estudiado del 1/6/2014 hasta el 31/3/2017. La muestra han sido el total de usuarios que han descargado la app. Las variables de estudio han sido el número de descargas, los usuarios activos, el tiempo de estancia en la app y el número de publicaciones. La principal herramienta utilizada ha sido Google Analytics.

RESULTADOS:

Desde su publicación, la app ha sido descargada 9.377 veces (37% dispositivos Apple, 63% dispositivos Android) una media de 9 descargas/día. Con 5.342 usuarios activos (68% de España, 24% de otras nacionalidades de habla hispana) y 185.600 visitas al contenido de la app (187 visitas al día). El tiempo medio de estancia en la app en cada apertura ha sido de 2 minutos. Se han publicado 22.882 artículos científicos de 53 revistas distintas.

CONCLUSIONES:

La app eMerMedScience se ha convertido en una herramienta de uso habitual para los profesionales de la salud que desean acceder a las publicaciones científicas de las revistas especializadas en urgencias y emergencias. Con más de 5300 usuarios activos que reciben una media de 23 nuevos artículos al día.

P-278

VALORACIÓN PRIMARIA EN SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES MODELOS

X Bernárdez Gómez (1), F Paz Rubio (1), G Cuadras Bassa (2), M Viñolas Formiga (3), L Basco Pardo (1), J Colina Torralva (1)

(1) Universitat de Barcelona. (2) Sistema d'Emergències Mèdiques. Barcelona. (3) Hospital Sant Jaume de Calella. Barcelona

PALABRAS CLAVE: process assessment-emergency nursing-emergency medicine**OBJETIVOS:**

Los objetivos de este estudio son comparar los diferentes modelos de valoración primaria propuestos por las guías de referencia publicadas y determinar si existe evidencia que avale la efectividad de alguno de ellos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se seleccionan ocho guías de referencia nacionales e internacionales. Se analizan los textos que describen el método de llevar a cabo la valoración primaria en cada una de ellas y se comparan los modelos entre sí evaluando 42 ítems. Se realiza una búsqueda bibliográfica para determinar si existe evidencia que demuestre la eficacia de alguno de los modelos de valoración primaria.

RESULTADOS:

Al analizar los textos que describen los modelos de valoración primaria se comprueban que son diferentes entre sí, las mayores diferencias están en los aspectos generales, las fases A, B y C así como en el uso de utillaje electromédico durante la valoración primaria. En la búsqueda bibliográfica no se encuentra ningún artículo que avale alguno de los métodos analizados.

CONCLUSIONES:

El formato de valoración primaria en cinco fases, abordaje ABCDE, está aceptado como mayoritario pero el modelo de como realizarlo depende de la guía de referencia y no es universal ni está estandarizado. No existe evidencia científica que apoye alguno de los modelos estudiados.





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-279

ENSEÑANZA DE RCP EN EDAD ESCOLAR. ¿MENOS ES MÁS?

S Martínez Isasi (1), M Pichel López (2), D Vázquez Santamariña (3), F Fernández Méndez (4)

(1) Facultad Enfermería y Podología. Universidade da Coruña. (2) Fundación Pública 061. Galicia. (3) CPRL Liceo La Paz. CM Emergencias Sanitarias. A Coruña. (4) Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Vigo. Pontevedra

PALABRAS CLAVE: reanimación cardiopulmonar-escolares-aprendizaje

OBJETIVOS:

Valorar si los escolares de entre 8 y 12 años son capaces de conocer la cadena de supervivencia tras una hora de formación teórica con un material didáctico adaptado a su edad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Participaron 777 alumnos de 1.º ESO, 5.º y 3.º Primaria de 4 colegios concertados de Galicia. Se pasó a los alumnos un cuestionario de 5 preguntas tipo test de respuesta única sobre conceptos básicos en cadena de supervivencia y posteriormente, a lo largo de una clase de 60 minutos de duración se les leyó un cuento que recreaba esta secuencia. Tras una semana se realiza prueba pos-test para valorar conocimientos adquiridos.

RESULTADOS:

Se analizaron los datos correspondientes a 777 niños de los cuales el 50,7% eran niños. En el cuestionario previo a la formación los alumnos con 5 opciones posibles alcanzaron una media de 3,44 (DE: 0,99) puntos y el 51,6% de los alumnos alcanzaron más de 3 puntos. Después de la formación la media de aciertos fue de 4,39 (DE: 0,79) y el 86,7% acertó más de 3 preguntas. Al comparar la prueba de conocimientos previa y después de la formación se observó que había diferencias estadística significativa ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Aunque la bibliografía apunta a que los escolares menores de 12 años no son capaces de realizar maniobras de RCP de calidad, una breve intervención en escolares de menor edad, al menos desde los 8 años, permite que conozcan el protocolo de actuación en caso de una PCR y activen los sistemas de emergencia, pasos indispensables para lograr una mayor rapidez en estos casos, en los que cada minuto es fundamental.

P-280

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA ENSEÑANZA DE RCP BÁSICA EN ESCOLARES ASTURIANOS

A Martín Suárez (1), FJ Tamargo Miguel (1), JA Méndez López (1), AV Montes Prieto (2), S González Colino (1), A Méndez Fuertes (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. (2) Hospital de Jove. Gijón

PALABRAS CLAVE: resucitación-enseñanza-masaje cardiaco

OBJETIVOS:

- Determinar el conocimiento de RCP básica que posee la población escolar diana. - Enseñar estrategias de actuación en RCP (masaje cardiaco de alta calidad). - Comprobar si tras la intervención el nivel de conocimientos ha variado respecto al previo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal realizado en dos centros seleccionados al azar en dos rangos de edad: 5.º de Primaria/1.º de Bachiller. Inicialmente se cumplimentó un test que evaluaba el conocimiento en RCP, se impartió un taller de RCP (presentación teórica-práctica sobre muñecos de reanimación) centrándonos en el masaje cardiaco. Finalmente, se pasó el mismo cuestionario para comparar los resultados obtenidos pre y post- intervención. Se usó el paquete estadístico Stata/IC 13.1.

RESULTADOS:

El incremento en el porcentaje de respuestas acertadas, fue estadísticamente significativo en ambos grupos de edad, sin mostrar diferencias dependientes de otras variables.

CONCLUSIONES:

- Los estudiantes parten de una base de conocimientos teóricos mayor del esperado. - La enseñanza combinada, teórica y práctica, mejora el aprendizaje en esta disciplina. - La intervención conlleva un incremento en el número de respuestas acertadas en ambos grupos de edad. - El *feedback* fue muy positivo tanto por parte del profesorado y alumnado. Su implantación está siendo estudiada por el centro para integrarla en el curriculum escolar.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-281

SÍNDROME METABÓLICO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS Y UCI: ¿EXISTEN DIFERENCIAS POR GÉNERO?

J Villegas Del Ojo (1), E Moreno Millán (2), M Cid Cumplido (2),
F Prieto Valderrey (2), JM García Torrecillas (3), MC Lea Pereira (4)

(1) Hospital Puerta del Mar. Cádiz. (2) UMI. Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real. (3) Investigación. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. (4) M. Interna. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería

PALABRAS CLAVE: síndrome metabólico-crítico en urgencias-género

OBJETIVOS:

Pretendemos analizar estos puntos en enfermos ingresados en UCI a través del Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo durante 6 meses en hospital comarcal con 10 camas de Observación de Urgencias y 6 camas de UCI. Ingresos consecutivos en UCI tras paso por Urgencias cumpliendo criterios de inclusión y de no exclusión. Identificación de perfil metabólico NCEP/ATP III) y antropometría al ingreso. Estudio estadístico descriptivo, de relación entre variables continuas (t Student y U de Mann-Whitney), entre categóricas chi2 y test exacto de Fisher, y si diferencias significativas se calcularon intervalos de confianza al 95%. Significación estadística para $p < 0,05$. Paquete SPSS para Windows v19.0.

RESULTADOS:

191 pacientes, ingreso por Urgencias 98,3%, varones 59,8%, causa de ingreso: procesos médicos 81,6%, quirúrgicos 11,4%. Edad media 65,01 años, APACHE II 16,72, SAPS II 35,44, estancia Urgencias 4,04 h, estancia UCI 4,54 días, estancia hospital 10,54 días, mortalidad 11,4%, ventilación mecánica 1,53 días. Prevalencia SMet 64,9% global, 79,9% mujeres (M), 50,9% varones (V) ($p < 0,001$), HDL-c bajo 91,2% M, 88,5% V ($p < 0,04$), HTA 95,1% M, 93,5% V, obesidad abdominal 92,9 M, 82,5% V ($p < 0,05$), HTG elevado 26,5% M, 42,6% V ($p < 0,001$) 3 variables SMet 36,8% M, 30,9% V ($p < 0,001$), 4 variables 34,2% M, 24,8% V ($p < 0,001$), 5 variables 8,0% M, 2,7% V ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Alta prevalencia de SMet (64,9%), mayor en la mujer ($p < 0,001$). Diferencias significativas por género (más en mujeres) en número de variables para el diagnóstico de SMet y también para los componentes del propio SMet, excepto hipertrigliceridemia. Deben tenerse en cuenta estos perfiles ante pacientes críticas femeninas.

P-284

¡FORMÁNDONOS! MODELO PARTICIPATIVO DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN (HAR)

AI Soler Castillo, JF Vargas Rivas, A Salas Antolinez, MT Pérez López,
R García Martín, LL Padilla Hernández

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada

PALABRAS CLAVE: formación-participación-hospital

OBJETIVOS:

General: diseñar un programa formativo acreditado y atractivo para profesionales en un HAR. Específicos: - Detectar necesidades formativas por parte de los profesionales. - Identificar potenciales docentes a propuesta de la propia plantilla. - Diseñar la propuesta formativa. - Acreditar los talleres.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para la detección de necesidades formativas se utilizaron diferentes vías: correo corporativo a todos los trabajadores, sesiones clínicas, difusión a través de los cargos intermedios, entrevistas personales, Los equipos docentes fueron seleccionados a propuesta de la propia plantilla, siendo la mayoría de ellos miembros de la misma. Se dotaron de rigor científico y acreditaron todas las actividades propuestas.

RESULTADOS:

En 2016 hemos impartido un total de 13 talleres diferentes, algunos con varias ediciones, para todas las categorías y con diversidad temática: Urgencias, Traumatología, Cardiología, Seguridad del paciente y profesionales, Radiodiagnóstico, Paliativos, Investigación, Anestesiología, Oftalmología. Han participado 290 trabajadores/as. Todos los talleres han conseguido la acreditación.

CONCLUSIONES:

Se ha conseguido una ampliación de la oferta formativa y un nivel de participación muy por encima de años previos. Los niveles de satisfacción han sido altos-muy altos. Ha mejorado el *curriculum vitae* de los participantes siguiendo la línea estratégica de la carrera profesional. El modelo de trabajo puede ser exportado y adaptado a otros centros.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-287

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL GRD 544 (INSUFICIENCIA CARDIACA) Y SU INGRESO POR URGENCIAS EN ESPAÑA (2008-2012): FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE REINGRESO

E Moreno Millán (1), JM García Torrecillas (2), MC Lea Pereira (3), A Duarte Carazo (1), E Pérez Tornero (4)

(1) Dpto. Economía Aplicada. Universidad de Almería. (2) Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. (3) Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. (4) C.S. Aguadulce Sur. Almería

PALABRAS CLAVE: reingreso-insuficiencia cardiaca-urgencias**OBJETIVOS:**

Pretendemos conocer el perfil de estos pacientes, especialmente aquellos relacionados con la posibilidad de reingreso, para mejorar la calidad de su asistencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Todos los episodios registrados (Instituto de Información Sanitaria) como GRD 544 (años 2008 a 2012) en hospitales españoles. Se analizan variables demográficas (edad, sexo, Comunidad), clínicas (mortalidad, comorbilidades) y gestoras (régimen financiero, forma de ingreso y alta, número diagnósticos secundarios (NDS) y procedimientos (NP), reingresos (R30), servicio). Variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ DT y cualitativas como porcentaje con intervalo de confianza al 95% (CI95%). El análisis bivalente detectó variables asociadas en crudo a la dependiente R30. Se construye un modelo de regresión logística para R30 junto a aquellas que, sin ser significativas, tuvieron importancia clínica o fueron precisas para ajuste.

RESULTADOS:

225.561 episodios (37.043 en 2008, 52.905 en 2012), 56,8% mujeres, edad media $79,78 \pm 10,63$ años (42-113), 20,0% en Cataluña, 98,1% Seguridad Social, 95,9% ingreso a través de SU, mortalidad 16,4%, alta domicilio 63,5%, NDS $10,19 \pm 2,62$ (2-14), NP $3,15 \pm 2,89$ (0-20), R30 18,4%, antecedentes: HTA 49,0%, cardiopatía isquémica 12,6%, valvulopatías 25,6%, arritmias 39,2%, insuficiencia renal 43,3%, anemia 22,4%, fibrilación auricular 49,0%, dislipemia 23,4%, obesidad 13,4%, diabetes 36,8%. Ingresan: Medicina Interna 66,4%, Cardiología 12,6% y Geriátrica 4,3%, Observación 2,8%, UCI 2,8% y UCE 1,7%. Estancia media $8,12 \pm 5,01$ días (1-22). Doce CCAA presentan mayor riesgo de R30, y cáncer, diabetes, fibrilación auricular, anemia, EPOC, valvulopatías, cardiopatía isquémica, mayor estancia y superior NDS se relacionan con más elevado riesgo de R30.

CONCLUSIONES:

Proceso muy prevalente, en aumento por envejecimiento, elevada edad media, más frecuente en mujeres, ingreso habitual por SU y en Medicina Interna, alta mortalidad y muchas comorbilidades, escasa intervención de Observación y UCE, alta tasa de R30, con mayor riesgo asociado a algunas comorbilidades (cáncer, diabetes, valvulopatías?).

P-288

LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DOCENTE DE LAS GUÍAS AHA

H Alonso Valle, C Sierra Piqueres, M Andrés Gómez, M Holanda Peña, M Carrillo Rivas, E Rojo Santos, I Del Moral Vicente-Mazariegos

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: simulación-reanimación-urgencia**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de los cursos de soporte cardiovascular avanzado durante el año 2016 en el Hospital Virtual Valdecilla y el grado de aceptación de la simulación clínica como parte de los mismos por parte de los participantes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron los datos correspondientes a los cursos realizados durante el año 2016 en el Hospital Virtual Valdecilla. Este centro pertenece a la división de AHA para España. La simulación clínica como herramienta docente está introducida en nuestro centro desde diciembre de 2014 en los programas de resucitación. Se realizaron al finalizar cada curso encuestas anónimas de satisfacción a todos los participantes. Las encuestas admitían 5 grados de contestación: muy en desacuerdo, en desacuerdo, término medio, de acuerdo y muy de acuerdo.

RESULTADOS:

Durante el año 2016 se realizaron 6 programas de soporte cardiovascular avanzado, incluyendo 123 asistentes. De estos participantes 34 (27%) eran especialistas y 89 (73%) residentes. Las especialidades de los participantes fueron las siguientes: Anestesiología y reanimación, Cardiología, Medicina del trabajo, Medicina familiar y comunitaria, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Reumatología y Urgencias. En relación con la encuesta realizada al finalizar el curso las contestaciones fueron las siguientes: - ¿La metodología docente ha sido la adecuada?: 60% estuvieron muy de acuerdo y 35% de acuerdo. - ¿El curso ha alcanzado los objetivos docentes? 80% estuvieron muy de acuerdo y 20% de acuerdo. - ¿Considera que el curso le ha aportado nuevos conocimientos? 80% estuvieron muy de acuerdo y 20% de acuerdo. - ¿Recomendaría la asistencia al curso a sus compañeros? 80% estuvieron muy de acuerdo y 20% de acuerdo. - ¿El curso es de interés para su actividad profesional? 90% estuvieron muy de acuerdo y 10% de acuerdo.

CONCLUSIONES:

La realización de programas de resucitación cardiopulmonar utilizando la simulación como herramienta docente es muy aceptada por los participantes y puede constituir un instrumento útil en el aprendizaje en estas situaciones.



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-294

USO DE UNA *CHECK-LIST* EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Martín Quirós, C López Paredes, G Bejarano Redondo, P Romero Gallego-Acho, R Mayayo Alvira, J Valero Recio, C Carballo Cardona

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: antibióticos-prescripción-sepsis**OBJETIVOS:**

Evaluar la utilidad de una *check-list* en la prescripción de antibióticos como herramienta de optimización de misma.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se plantea un estudio prospectivo, de tipo casos-control para comparar los resultados antes y después de la implementación de una *check-list* específico para los SUH. Medición de variables: para tratar de medir de la forma más objetiva el impacto que la introducción de la *check-list* tenga en los SUH, se realizará una medición basal en y, posteriormente, una medición una vez se haya implementado la *check-list*.

RESULTADOS:

Check-list - Variables de proceso: toma de hemocultivos y/o otras muestras, administración de fluidos, constantes y determinaciones analíticas específicas, etc. - Antibioterapia empírica. Incluirá en el anverso del documento un resumen de los principales síndromes infecciosos y su antibioterapia recomendada según protocolo. Variables de calidad a cuantificar Se decidirán por medio de metodología de Delphi por los investigadores del estudio. Antimicrobianos recomendados Se empleará la recomendación vigente en el centro según protocolo establecido en lo relativo a la antibioterapia recomendada que aparecerá en el documento. Evaluación de la calidad de uso de antimicrobianos e indicadores de calidad La medición se realizará por personal experto en enfermedades infecciosas y con experiencia en el uso de antimicrobianos. El número de evaluadores será de 3, como mínimo. De esta forma, la evaluación de cada prescripción se realizará por pares, de forma independiente. En caso de coincidencia, se dará total validez. En caso contrario, será el 3.º evaluador el que establezca el dictamen final tras valorar las evaluaciones de los otros 2.

CONCLUSIONES:

La implementación de *check-list* en Medicina ha conseguido mejoras en la seguridad y asistencia de los pacientes. El empleo de una *check-list* en un servicio de Urgencias podría tener un impacto beneficioso en la prescripción de antimicrobianos.

P-298

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN MUNICIPAL DE UNA INICIATIVA PRIVADA PARA LA ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) POR PROFESIONALES SANITARIOS EN LA ESCUELA PRIMARIA. PRIMER AÑO DEL PROGRAMA RCP A L'ESCOLA

JM Roca Oñate (1), E Puigblanqué Reyes (1), V Fernández Pérez (1), J Salmoral González (2)

(1) Hospital Comarcal de la Selva. Girona. (2) Transport Sanitari de Catalunya

PALABRAS CLAVE: enseñanza-resuscitación-escuela**INTRODUCCIÓN:**

La muerte súbita supone un problema de salud pública aún por resolver. La aplicación de RCP más desfibrilación precoz es el tratamiento efectivo para los casos de fibrilación ventricular, capaz de elevar las probabilidades de supervivencia. Sólo en 3 de cada 10 casos, los testigos realizan maniobras de RCP. En Blanes se instalaron en 2013, 14 desfibriladores externos automáticos (DEA) de acceso público. Desde su colocación no se ha utilizado ninguno. La Asociación RCP a l'Escola ha puesto en marcha, un programa para la enseñanza continuada y progresiva del SVB y RCP para niños.

OBJETIVOS:

Introducción temprana de la educación en RCP por profesionales sanitarios en el ámbito escolar.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El primer año de aplicación del programa, participaron los alumnos de primer curso de primaria de las 10 escuelas de Blanes. Impartieron las sesiones profesionales sanitarios del ámbito de urgencias y emergencias. Se utilizó material didáctico basado en el contenido de las Guías ILCOR 2015. El ciclo lectivo 2015-2016 se realizaron 2 sesiones por curso. Para la primera sesión se utilizó un cuento y un cortometraje para la segunda. La metodología aplicada fue lúdica, basada en la repetición y en técnicas grupales.

RESULTADOS:

El 100% de las escuelas del municipio solicitó el programa a través del Ayuntamiento. El ciclo 2015-2016 se realizaron 54 sesiones impartidas por 27 profesionales sanitarios y participaron 700 niños.

CONCLUSIONES:

- La implementación local de programas de enseñanza en RCP es viable desde el ámbito privado con la implicación de profesionales sanitarios motivados y suficientemente capacitados. - La iniciativa de un programa para niños es bien acogida por la comunidad educativa y valorada como muy útil y necesaria por los docentes, según encuesta de satisfacción recogida por el Ayuntamiento. - Es necesaria la aplicación del programa durante más años consecutivos para poder extraer resultados de alcance y retención de conocimientos adquiridos por los alumnos e impacto en la sociedad.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-299

ARTROCENTESIS ECOGUIADAS, PROPUESTA DE HERRAMIENTA DE ENTRENAMIENTO

S Domenech De Frutos, JL Cuevas González

Elgeadi Traumatología. Madrid

PALABRAS CLAVE: artrocentesis-capacitación-ultrasonografía

OBJETIVOS:

Diseño de un fantoma con propiedades ultrasónicas que emula derrames articulares de diferente naturaleza, con el objeto de favorecer el entrenamiento del médico de urgencias en el uso del ecógrafo, como herramienta de apoyo para la técnica de artrocentesis.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Uso y prueba de materiales como: Agar, Epoxies, materiales orgánicos y siliconas de diferente naturaleza. Uso de cámara de vacío. Se utilizó un equipo de ecografía Sonosite E-SERIES S-cath, con sonda lineal de 7-10 Mhz y Convex de 3-5 MHz. Se utilizaron agujas de diferentes calibres y de uso común en cualquier centro sanitario de cualquier nivel.

RESULTADOS:

Se realizaron pruebas con diferentes materiales con características físico-químicas diversas, que permitieran una transmisión ultrasónica adecuada.

CONCLUSIONES:

Tras un periodo de pruebas, se consigue obtener un fantoma que reúne, tanto las características ultrasónicas necesarias para una adecuada transmisión ultrasónica, como las características anatómicas de una rodilla a escala real, que permite el abordaje ecoguiado de un derrame articular, la aspiración de líquidos con características similares a los obtenibles en los diferentes escenarios patológicos, y con carácter autosellante, que no muestra los trazos de la aguja, y asegura múltiples usos.

P-300

¿HA MEJORADO LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRASLADADOS EN UVI MÓVIL?

AM Sánchez González González, JM Alises Moraleda,
C Agudelo Lombana, E Carabazo Gambarotti

Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: UVI móvil-momento-acceso

OBJETIVOS:

Comprobar, según el momento del día en que accedan estos enfermos, si es necesario dotar de más medios humanos y materiales a nuestro servicio para atender estas urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Accedieron a urgencias 896 pacientes en UviMóvil, de los 59788 totales durante un año. Momento del día: mañana, 8-15 horas, tarde, 15-22, noche, 22-4, madrugada, 4-8 horas. Se dividen por género, mujeres y hombres. Analizados con Word 2010 y Excel. Variables estadísticas con SPSS.

RESULTADOS:

Incluye 417 enfermos que acceden durante las horas del día. Había 175 mujeres y 242 hombres, son 47% de los enfermos. Por la tarde fueron 299 pacientes (33,37%) los que acudieron a Urgencias, se incluyen 113 mujeres y 186 hombres. Durante la noche acudieron 46 mujeres y 73 hombres, total de 113 enfermos (12,61%). Finalmente fueron 61 pacientes (6,80%) que acudieron de madrugada (4-8 horas a.m.), con 14 mujeres y 47 hombres. La mayor frecuencia de hombres que de mujeres en todos los momentos del día es estadísticamente significativa ($p = 0,04$). Coincidimos con autores que mantiene que la máxima incidencia de utilización es entre las 10 y las 12 horas del día, y describe que refleja fenómenos como la aparición de patología en relación con la actividad laboral y el ejercicio físico, además de la mayor utilización de centros de salud y consultorios durante esas horas, que puede influir en la demanda de uvi móvil para el traslado. Autores mantienen que la mayoría de los pacientes permanecieron en torno a las 2 horas en urgencias, hasta destino definitivo. En nuestra serie el tiempo medio de estancia en el Servicio de Urgencias se encuentra alrededor de las 10 horas (10,09 es la media en las mujeres y 9,46 es la de los hombres). Asimismo la hora de llegada tiene una media a las 13:40 para las mujeres, y las 13:17 para los hombres.

CONCLUSIONES:

Más frecuente la llegada en UVI móvil por el día. Más frecuente el acceso en hombres que mujeres, todos los momentos del día.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-302

VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA TURNICIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO

LM Maestro Gilmartin (1), R Del Pozo Pisabarro (2),
MJ García Iglesias (3), C Naveiro Rilo (4), JC Álvarez Torices (2)(1) Complejo Asistencial Universitario de León. (2) C.S. Eras De Renueva. León.
(3) Universidad de León. (4) Gerencia AP León**PALABRAS CLAVE:** presión arterial-turnicidad-urgencias**OBJETIVOS:**

Detección de las variaciones en la tensión arterial del personal sanitario a lo largo de los tres turnos en los que se divide la actividad laboral del servicio de urgencias de nuestro hospital.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio descriptivo con diseño estadístico de medidas repetidas. Se solicitó la colaboración voluntaria de sus trabajadores (médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores), con el único requisito de que no estuvieran bajo tratamiento para el control de la HTA. Se elaboró una hoja de recogida de datos. La toma de la tensión se realizó con un esfigmomanómetro automático, marca Omron M6 Confort, homologado y validado. Se les indicó que dichas tomas fueran realizadas en el espacio de tiempo correspondiente al tercio medio del turno. Dado que se trata de personas entrenadas para realizar la medida de este parámetro, se consideró válida la autorrealización de la misma. Los datos obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico a través del programa SPSS Statistics 20. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables tensión arterial sistólica y diastólica en relación a los turnos y los factores demográficos, IMC, etc., arterial sistólica y diastólica.

RESULTADOS:

Si observamos el comportamiento de la TAS, podemos decir que es diferente en cada turno y que, además, es más baja en el turno de mañana y más alta en el turno de tarde y de noche. Hay diferencias estadísticamente significativas entre la TAD de los individuos con sobrepeso y con normopeso. El comportamiento de la TAS y TAD de los trabajadores de un servicio hospitalario de urgencias es muy similar al que se puede ver en los MAPA de individuos *non dipper*.

CONCLUSIONES:

La turnicidad puede ser considerada como un factor de riesgo cardiovascular, pudiendo influir en la aparición de diversos problemas de salud.

P-306

SITUACIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES (ACOS) VS. NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NACOS) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (HGURS)

C Saavedra Menchón, C de Prados González, S Paoli,
JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragüés, P Piñera Salmerón,
I Iniesta-Pino Alcázar

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: anticoagulantes-acenocumarol-hemorragia**OBJETIVOS:**

Valorar la situación actual en el servicio de urgencias de nuestro hospital entre ACOs y NACOs y si precisan ingreso para su manejo efectivo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo de revisión de historias clínicas, que se incluyeron todos los pacientes que consultaron con diagnóstico de hemorragia secundaria al uso de anticoagulación, durante los años 2015 y 2016. Variables a estudio: tipos de anticoagulante y necesidad de ingreso según anticoagulante.

RESULTADOS:

De 119 pacientes que consultaron por hemorragia, 104 (87,4%) tratados con ACO y 15(12,6%) tratados con NACO. De los pacientes tratados ACO, el 83,65% eran tratados con acenocumarol, el 13,46% warfarina y el 2,89% HBPM. De los pacientes tratados con NACO, el 60% eran tratados con rivaroxabán, el 20% apixabán y el 20% restante dabigatrán. De 119 pacientes en total que consultaron, 23 (19,32%) precisaron ingreso hospitalario de los cuales 17 (78,26%) tenían prescritos ACO y 5(21,74%) tenían prescritos NACO.

CONCLUSIONES:

Los resultados son poco concluyentes debido a la limitada muestra (n) con prescripción de NACO. Sería necesario realizar nuevos estudios futuros cuando los NACO estuvieran más instaurados. Sin embargo podemos afirmar que los NACO producen sangrados importantes hasta el punto de necesitar ingreso hospitalario, aunque en menos cantidad que los ACO.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-307

FORMACIÓN CONJUNTA INTERINSTITUCIONAL DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS. UN DESAFÍO FORMATIVO NECESARIO

J Compés Luque, F Miguel Saldaña, J Cano Gabriel, E López Tomás, E Corral Torres, V Almagro González

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: formación-emergencias-terrorismo

OBJETIVOS:

Establecer la relación entre los últimos métodos de actuación terrorista y la ejecución de formaciones interinstitucionales como actualización y prevención en caso de Incidente de Múltiples Víctimas de estas características.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las acciones formativas de SAMUR-Protección Civil realizadas en los años 2015 Y 2016 en relación con la práctica de situaciones de actos terroristas con armas automáticas. Como variables se analiza la tipología de las acciones formativas y la valoración de la satisfacción global de los alumnos con la formación y con los profesores. Descripción de instalaciones y efectos especiales utilizados.

RESULTADOS:

Se han realizado formaciones interinstitucionales entre SAMUR-Protección Civil y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en las que mediante talleres y un simulacro final se pusieron en práctica la simulación de ataques terroristas con armas automáticas en espacios confinados y atención de heridos en entorno hostil. Se realizaron 28 ediciones, con un total de 1368 alumnos, de los cuales 1054 son sanitarios (Médicos, Enfermeros y TES de SAMUR-PC), 132 son miembros de la Unidad de Intervención Policial (UIP) y 182 de la Unidad de Prevención y Reacción (UPR) ambos del Cuerpo Nacional de Policía (CNP). La instalación utilizada fue un teatro y como efectos especiales se dispuso de munición de foguero, pirotecnia, humo y 25 muñecos de simulación. Los formadores utilizados pertenecen al Cuerpo Nacional de Policía (CNP), a la Escuela Militar de Sanidad (EMISAN) y personal sanitario de SAMUR-Protección Civil. La valoración media de los alumnos con respecto a la satisfacción global de las formaciones fue de 4,63 puntos y la satisfacción media con los formadores fue de 4,81 puntos, ambos sobre un máximo de 5,00 puntos

CONCLUSIONES:

Es necesario para los Servicios de Emergencia realizar formaciones interinstitucionales para conocer los procedimientos de actuación de todos los intervinientes y poder afrontar en las mejores condiciones un posible ataque terrorista con armas automáticas.

A-260

¿SABE TU HIJO HACER RCP?

R Martínez Astudillo, E Domínguez Martínez, C Castelló Cobos, A Miralles Sáez, S Hernández Platero, M Salinas Pérez, J Torres Rodríguez

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario de Requena. Valencia

A-262

VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS HOJAS DE REGISTRO DE LOS CARROS DE SOPORTE VITAL AVANZADO DEL HOSPITAL

M Mestre Fábregas, I Martín Bosque, A Barranqueras Coronas, I Campos Robles, P Josemaría De La Casa

Hospital Mollet del Vallès. Barcelona

A-269

SIMULACIÓN CLÍNICA PARA ENTRENAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS EN MISIONES HEMS EN ESPACIO REDUCIDO

N García Aracil (1), J Sinisterra Aquilino (2), J Sales García (2), MA Pasor Durá (3), A García Úbeda (3), ME Castejón de la Encina (4)

(1) SES SAMU. Departamento de Enfermería de la UA. Valencia. (2) SES Valencia. (3) Departamento de Enfermería de la UA. Valencia. (4) SES SAMU. Departamento de Enfermería de la UA. Valencia

A-270

APP TUTORIAL EN TRAUMATOLOGÍA: FRACTURE AND PLASTER®

J Pérez Acebo, S Rabadán Mezquita, E Mora Mellado, X Oncins Casanova, C Gallardo Martínez

Hospital Universitario Parc Taulí. Barcelona

A-272

ESTUDIO DE SIMULACIÓN EN EL RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

F Fernández Méndez (1), M Santos Folgar (2), MJ Fernández Méndez (2)

(1) Facultad de Enfermería. Grupo de Investigación CLINURSID. Universidad de Santiago de Compostela. (2) Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. REMOSS. Grupo de Investigación en Rendimiento y Motricidad del Salvamento y Socorrismo. Universidad de Vigo. Pontevedra



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

A-276

NOVEDAD MUNDIAL EN LA SUJECCIÓN Y LA MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS: EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD Y RETENCIÓN TORÁCICA

J Pérez Acebo (1), S Rabadán Mezquita (1), E Mora Mellado (1), I Lázaro Giménez (2)

(1) Hospital Universitario Parc Taulí. Barcelona. (2) SEM

A-285

FICHA DE PREGUNTAS A LOS ALERTANTES DE UN ACCIDENTE DE MONTAÑA

N López García, S Abella Barraca, S Batista Pardo, E Sierra Quintana, J Palop Asunción, E Gasca Pérez, J Pérez-Nievas López de Goicoechea

061 Aragón

A-289

PROYECTO SMARTCARE: INTEGRACIÓN URGENCIAS HOSPITAL DE BARBASTRO CON LAS TIC

M López Hernández (1), G Pérez Clavijo (2), J Eito Cuello (1), F Francia Franco (1), I Quito Ramos (1), A Moreno Mejía (1), M González Acosta (3)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca. (2) Hospital General San Jorge. Huesca. (3) NTSA

A-293

WHATSAPP COMO HERRAMIENTA PARA LA INTERACCIÓN Y FORMACIÓN DE MÉDICOS DE URGENCIAS DE DIFERENTES ÁMBITOS Y LUGARES DEL MUNDO

S Espinosa Ramírez (1), L Merino Esteban (1), JJ Gil de Arana Gutiérrez (2), E García Medina (3), A Serrano Moraza (1), C del Pozo Pérez (4), P Piñera Salmerón (5)

(1) SUMMA-112. Madrid. (2) Universidad Francisco de Vitoria. Madrid. (3) Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real. (4) Emergencias Sanitarias Castilla y León. (5) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-295

SITUACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES: ORGANIZACIÓN, FORMACIÓN Y PERCEPCIONES. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

L Dani Ben Abdellah (1), I Miguens Blanco (2), A Martín Quirós (1)

(1) Hospital Universitario La Paz. Madrid. (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

A-301

BRONCODILATANDO EN LA COMUNIDAD

F Rico Rodríguez (1), D Camargo Espitia (1), C Soriano González (2)

(1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba. (2) Hospital de Alta Resolución del Valle del Guadiato. Córdoba

A-310

SIMULACRO PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS: APRENDER A ACTUAR EN ACCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS

A Vílchez Rodríguez, C Vílchez Rodríguez, F Moreno Collado

Cruz Roja Española

A-311

SOPORTE VITAL BÁSICO, EL GRAN OLVIDADO, IMPORTANCIA FORMATIVA PARA EL PERSONAL SANITARIO

J Gil Torres (1), Y Aparicio Parra (2), G Pérez Cabeza (1)

(1) Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Sevilla. (2) Hospital Universitario de Valme. Sevilla



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 4

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



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

O-312

MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

JM Piña Manzano (1), JM Aranaz Andrés (2),
MT Gea Velázquez de Castro (3)

(1) Ayuntamiento de Alicante. (2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
(3) Hospital Universitario San Juan de Alicante

PALABRAS CLAVE: safety management-health surveys-emergency medical services

OBJETIVOS:

Realizar una revisión bibliográfica para la identificación de las encuestas que miden la cultura de seguridad (CS) de una organización en el ámbito sanitario, para a partir de ellas elaborar un cuestionario específico para la medición de CS en el ámbito de la sanidad extra-hospitalaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: MEDLINE (web of Knowledge WOK), EMBASE, TESEO, así como en los motores de búsqueda genéricos utilizando los siguientes términos: "MESH. Patient Safety", "Emergency Medical Services EMS" y "Surveys" utilizando palabras claves: "Patient Safety Culture", "Safety Culture", "Surveys".

RESULTADOS:

Se encontraron distintos artículos algunos de ellos con un compendio de distintas encuestas o instrumentos de medición para la cultura de seguridad. Siendo The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HOSPS), The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) y The Emergency Medical Service (EMS)-SAQ las más utilizadas en diferentes países incluido España y contando con propiedades psicométricas que las hacen útiles para la consecución de nuestro último objetivo.

CONCLUSIONES:

La existencia de un cuestionario, The EMS-SAQ, que mide la CS en los servicios de emergencia extrahospitalarios en USA y cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, facilitará la elaboración mediante la traducción, adaptación y validación de un cuestionario válido para nuestro medio en este ámbito.

O-329

ANÁLISIS DE LA FRECUENTACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS POR PACIENTES CON BAJO NIVEL DE PRIORIDAD

I Cabanillas Manchón (1), L Durán Cabanillas (2),
MT Quesada Pérez (3), R Morilla Romero de la Osa (4)

(1) Desempleado. (2) Residencia Real Villa de Navalcarnero. Madrid. (3) Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (4) Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE: servicios médicos de urgencia-relaciones paciente-hospital-necesidades y demandas de servicios de salud

OBJETIVOS:

Analizar la frecuentación e identificar el perfil sociodemográfico y posibles causas por las que los usuarios acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVIM) por motivos de consulta banales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal con análisis de la frecuentación del servicio de urgencias y una entrevista a 305 pacientes con nivel de prioridad IV y V según el sistema de triaje. Se analizaron los datos con una metodología cuantitativa.

RESULTADOS:

Las causas banales suponen un 44,77% del volumen total de la demanda, acuden mayormente de *motu proprio* y existe un patrón de alta frecuentación de 10 a 12 h y de 16 a 18 h. Se trata de adultos de edad media y bajo nivel de estudios con una autopercepción de gravedad baja y concordante con la asignada en el triaje. A pesar de estar satisfechos con la atención en AP y conocer SU en AP casi el 60% prefiere acudir a SUH principalmente porque consideran que tiene mayor capacidad de resolución.

CONCLUSIONES:

Los motivos banales suponen prácticamente la mitad de las consultas en los SUH. Las causas por las que pacientes triados con bajo nivel de prioridad acuden a urgencias, no parecen estar relacionadas con temor a padecer un trastorno grave, ni con el desconocimiento de la existencia/organización del sistema de emergencias en AP, sino más bien con una visión práctica de la relación coste temporal-efectividad que tiene el paciente hacia el sistema del servicio de urgencias del hospital.



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

O-339

LA RESOLUCIÓN ENFERMERA EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M Álvarez Monterroso, O Sánchez Roy, M Garzón Quiñones,
FO Rodríguez Cortez, N Pavone, N Obiols Masó

CUAP Castelldefels. Barcelona

PALABRAS CLAVE: nurse clinicians-emergencies-community health nursing

OBJETIVOS:

Analizar los pacientes visitados y resueltos por la enfermera en urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo y transversal. Población y ámbito: Pacientes visitados exclusivamente por la enfermera de urgencias entre los meses de enero a diciembre de 2016 en un CUAP perteneciente al Área Metropolitana de Barcelona. Variables: Fecha, edad, sexo, diagnóstico y profesional que firma el alta. Análisis de datos: Los datos se han analizado con 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:

El año 2016 se visitaron en nuestro CUAP 42.911 personas, de las cuales, 5.393 (12,57%) fueron resueltas por un enfermero de forma autónoma. Por días de la semana, los fines de semana son los días más visitas resuelven las enfermeras, 2.994 (6,98% de las totales de urgencias, y un 13,80% de las del fin de semana). Por problemas de salud, las heridas y quemaduras (21,75%) es la principal patología que se resuelve, seguidas de dolor agudo (18,23%) donde se incluyen problemas como lumbalgia, odontalgia o dolor articular. En tercer lugar, nos encontramos con los traumatismos (11,35%) seguidos de disuria (4,14%) y gastroenteritis (3,25%).

CONCLUSIONES:

Las enfermeras tienen una resolución alta de resolución autónoma (12,57%). La enfermera se configura como una pieza clave del CUAP, donde se potencia el desarrollo profesional de éstas profesionales y se optimizan los recursos disponibles en beneficio del usuario.

O-355

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: SUMMA 112

JC Cerdeira Varela, S Navarro Santos, E Rodríguez Franco,
L Cuéllar Gallego, EM Aguilar Vivar, J Flores Herrera

SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: patient safety-hand hygiene-emergency medical services

OBJETIVOS:

Estimar el cumplimiento de higiene de manos en SUMMA112 global, según indicación, según categoría profesional y según tipo de recurso. Cuantificar la técnica usada para realizar la higiene de manos y estimar el uso de guantes en los casos que no se realizó.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo con un muestreo por conveniencia incluyendo recursos móviles y estáticos de 3 unidades funcionales de SUMMA 112. Observación realizada siguiendo metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud, basada en los cinco momentos. Se han recogido 325 (146 en SUAP, 25 en UAD Médica, 49 en VIR y 105 en UVI) oportunidades por 3 observadores durante 72 horas de observación. 130 observaciones corresponden a médicos, 134 enfermeros y 61 técnicos. No se observaron oportunidades de higiene de manos en las UAD Enfermería por falta de asistencias durante las horas de observación. El análisis se ha realizado con SPSS21.

RESULTADOS:

El cumplimiento de higiene de manos fue del 20,9%. Antes del paciente el fue 12,6%, antes de técnica aséptica 9,4%, después del riesgo de exposición a fluidos 25,9%, después del paciente 29,7% y después del entorno 33,3%. Por profesionales se observó un 11,5% en médicos, 29,8% en enfermeros y 21,7% en técnicos. Por tipo de unidad el resultado fue SUAP 16,7%, UAD MÉDICA 12%, VIR 2% Y UVI 37,5%. Un 71,64% de las acciones de Higiene de manos fueron con hidroalcohol. El 80,08% de las veces que no se realizó se llevaban guantes.

CONCLUSIONES:

El cumplimiento de higiene de manos fue menor que en 2011. Necesitamos implementar nuevas herramientas para conseguir un cambio de conducta en los profesionales en este aspecto. El método preferido fue el hidroalcohol. El uso de guantes puede interferir en la higiene de manos.



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

O-365

BURNOUT EN MÉDICOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

R Peinado Clemens (1), A Martín Pérez (2), MA Ruiz Sanz (3),
C dfae Vera Guillén (1)

(1) Hospital Infanta Cristina. Badajoz. (2) Hospital de Coria. Cáceres. (3) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

PALABRAS CLAVE: burnout-médicos-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Conocer la situación de Burnout del personal médico de nuestro servicio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El servicio de Urgencias del Hospital Infanta Cristina de Badajoz atendió a 61.486 pacientes adultos en 2.014. Durante una semana se entregó un autoformulario dividido en dos partes. Por un lado datos demográficos y por otro el Maslash Burnout Inventory (Agotamiento Personal, Despersonalización, Inadecuación personal). La participación fue voluntaria y una vez respondido, era introducido en una urna opaca situada en el estar de Servicio para garantizar el anonimato. Todos debían haber trabajado más de 6 meses de forma continua en el puesto actual.

RESULTADOS:

Se entregaron 24 encuestas con una tasa de respuesta del 79.16%. La edad media fue 44.79 años (Rango 33-57), 11 mujeres y 8 hombres, 16 tenían pareja estable y la media de años trabajados fue 13.78 años. Encontramos niveles elevados en Agotamiento Emocional en un 22.7% y 29,4% en Despersonalización así como bajos en Inadecuación Personal en un 23,5%. En 47,36% encontramos valores patológicos en 2 subescalas. Las variables asociadas a menor nivel de Burnout fueron el género femenino, la existencia de pareja, la mayor edad y el mayor tiempo trabajado. Por lo que podríamos inferir que dichas variables podrían actuar como factores protectores.

CONCLUSIONES:

Más de un tercio de los profesionales en nuestro servicio se encuentran en una situación de Burnout. Se necesitaría profundizar más en este campo valorando grado de satisfacción en el trabajo y la auto-percepción de los profesionales del problema. En cualquier caso, sí que debe servir para hacer una llamada de atención de los gestores sanitarios de cara a mejorar la situación de los Servicios de Emergencia en general y de sus profesionales en particular.

O-372

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LEAN HEALTHCARE EN UN ÁREA DE URGENCIAS

M Sánchez Sánchez, M Suárez, M Asenjo, E Bragulat

Hospital Clínic de Barcelona

PALABRAS CLAVE: servicio de urgencias-lean healthcare-calidad

OBJETIVOS:

Aplicar Lean al proceso asistencial de los pacientes médicos de triaje-nivel-3 en un SU.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo, de intervención en un SU de un hospital terciario, que compara dos periodos: pre-Lean (abril-septiembre 2015) vs. post-Lean (abril-septiembre 2016). Se incluyeron todos los pacientes médicos de triaje-nivel-3. Se constató un proceso asistencial muy fracturado con múltiples esperas entre cada etapa del proceso (esperas de médico, de enfermera y de camillero). Tras aplicar Lean, se eliminaron las esperas con lo que se creó un proceso asistencial teóricamente más rápido. Se midió el tiempo de proceso: tiempo transcurrido desde la entrada en el cubículo de visita y la decisión (alta o traslado a observación). También se registró el tiempo de espera, el número de vistas diarias, el índice de fugados, de visitas y de mortalidad. Los tiempos se expresan en medianas y se compararon con la U de Mann-Whitney, el resto de variables como medias y con la t de Student.

RESULTADOS:

En el periodo post-Lean, el tiempo de proceso de los pacientes dados de alta disminuyó 22 min (de 182 a 160 min, $p < 0.01$) y de los trasladados a observación 10 min (de 186 a 176 min). El tiempo de espera disminuyó 21 min (de 66 a 45 min, $p < 0.01$). El número de visitas diarias fue superior en el periodo post-Lean (64 vs. 69, $p < 0.01$). Los índices de fugados, visitas y mortalidad no presentaron diferencias significativas entre ambos periodos analizados.

CONCLUSIONES:

La metodología Lean ha reducido la duración del proceso asistencial y del tiempo de espera sin mermas de calidad, permitiendo visitar más pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-382

CARACTERIZACIÓN DE LAS URGENCIAS EN LA REGIÓN
SANITARIA BARCELONA, PERIODO 2014-2016

E Torné Vilagrasa, J Benet Travé, A Guarga Rojas

Consorci Sanitari de Barcelona

PALABRAS CLAVE: gestión-urgencias-MAT

OBJETIVOS:

Analizar el comportamiento en la utilización de servicios de urgencia hospitalarios (UH) y extra-hospitalarios según edad, triaje y variabilidad intercentros, los años 2014-2016 en la Región Sanitaria Barcelona (RSB), con 5 millones-habitantes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

A partir del CMBD-urgencias, se han analizado las UH y las de CUAPs, los ingresos desde urgencias, por edad y caracterización según triaje mediante el Modelo Andorrano (MAT), indicador que permite comparar casuística entre centros.

RESULTADOS:

La RSB realiza 2.781.0600 urgencias-año (2016), 77,4% hospitalarias y 22,6% CUAP. Tasa-UH x 1.000 habitantes: 409 vs. 436 (2014 vs. 2016), incremento 6,5%, Tasa-CUAP: 132,8 vs. 127,5, reducción -4% ambos resultados significativos ($p < 0,005$). Tasa-global: 541,8 vs. 563,2 (incremento 3,9%) Por grupo etario, en ambos recursos las tasas de frecuentación más elevadas en mayores 64a (599 UH y 191 CUAP), seguidos de pediátrica (561 UH y 133,5 CUAP) y adultos (343 UH y 126 CUAP). En urgencias ingresadas, el grupo mayoritario son los mayores 64a (23%), adultos (7,6%) y pediátricos (3,5%). En el análisis según triaje-2016, los MAT-I, II, III, IV i V: Hospitales: 0,2%, 5,2%, 30,8%, 51,3% y 12,4%, en CUAP 0%, 0,9%, 14,4%, 58,6% i 26,1% respectivamente. En los 3 años estudiados agrupando los MAT I-II i IV-V, se ha incrementado en hospitales los MAT-I-II (6,7%), el MAT-III (3,2%) y ha disminuido el IV-V (-2%), siendo inverso en los CUAP, disminución MAT I-II (-3,9%) y III (-7,7%), aumento MAT IV-V (1,5%). La variabilidad entre centros es elevada, agrupando complejidad-centro, destacan los hospitales de referencia, grupo I-II (5,1%), III (33,5%) i IV-V (38,1%), variabilidad similar en CUAP: 3,2%, 36,7% y 39,7% respectivamente.

CONCLUSIONES:

La ampliación de recursos ha comportado un aumento de las urgencias, con tendencia a la mejora en la efectividad del uso de los servicios de urgencias según casemix. Pese a ello todavía existe un elevado número de visitas no urgentes (MAT-V) que acuden a centros hospitalarios y una amplia variabilidad inter-centros.

O-384

VALORACIÓN DEL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN URGENCIAS
POR PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍAP Costa Alba, D García González, IJ Cuadrado Blanco,
M Fuentes de Frutos, MJ Custodio García, R Borrás Beato

Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: farmacéutico clínico-satisfacción-urgencias

OBJETIVOS:

Analizar el grado de satisfacción del personal del servicio de urgencias del CAUSA con la labor del farmacéutico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Encuesta anónima al personal médico y de enfermería del servicio de urgencias con 7 preguntas: puntuación del 1 al 5, 1 significa nada satisfecho y 5 completamente satisfecho.

RESULTADOS:

Se realizaron 54 encuestas, 40 médicos (77,5%) y 23 enfermeros (46%). La mediana a todas las preguntas dada por los médicos fue de 5, (rango 4-5 o 3-4). Se hace evidente que consideran que en el último año la historia farmacoterapéutica ha mejorado, siendo útiles las recomendaciones realizadas por el farmacéutico, solucionando dudas y mejorando la seguridad del paciente, además de dar mayor importancia a la medicación en urgencias. Por parte de enfermería, sólo valoraron con un 4, la mejora de la historia farmacoterapéutica y la relevancia a la medicación en urgencias. El resto de las preguntas también las puntuaron con 5. A la pregunta sobre la continuidad de la actividad del farmacéutico en urgencias, todos los médicos contestaron afirmativamente y de los enfermeros sólo a 3 les era indiferente.

CONCLUSIONES:

El papel del farmacéutico en nuestro servicio es altamente valorado por el personal médico y de enfermería, siendo percibido como una mejora para nuestra labor asistencial.



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

O-385

PREGUNTAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
AL FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

P Costa Alba (1), D García González (1), M Fuentes de Frutos (1),
MJ Custodio García (1), A Gómez Prieto (2)

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2)
Gerencia de Emergencias

PALABRAS CLAVE: preguntas-farmacéutico clínico-urgencias

OBJETIVOS:

Conocer las consultas más frecuentemente realizadas por el personal sanitario al farmacéutico en un servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se registró las consultas recibidas por el farmacéutico en nuestro servicio de urgencias durante 25 días laborables, anotando el profesional implicado (médico, enfermería, otros) y el tipo de consulta realizada (identificación del fármaco, indicación, contraindicación, administración, posología, inclusión en guía, coste, interacciones, farmacocinética, manejo del programa informático, stock).

RESULTADOS:

Se realizaron 186 consultas, suponiendo una media 6,186 consultas/día. El personal médico realizó 91 consultas: 14 sobre identificación del medicamento y/o su indicación, 13 sobre interacciones farmacológicas, 11 sobre qué fármaco utilizar en patologías concretas, 10 sobre posología, 8 sobre administración, 8 sobre farmacocinética, 8 sobre coste, 7 sobre contraindicaciones, 7 sobre inclusión en guías y 4 otras dudas. El personal de enfermería realizó 81 consultas: 19 sobre identificación del medicamento y/o indicación, 16 sobre coste, 12 sobre interacciones farmacológicas, 11 sobre stock del botiquín, 6 sobre administración, 6 sobre farmacocinética, y 3 sobre consultas no relacionadas con la profesión de farmacéutico. Las consultas por otro personal fueron 14: 7 sobre indicación, 5 sobre interacciones, 2 no relacionadas con asuntos relacionados con la profesión de farmacéutico.

CONCLUSIONES:

Las consultas más frecuentemente realizadas por el personal sanitario de urgencias al farmacéutico fueron sobre la identificación, indicación e interacciones medicamentosas. El farmacéutico ayuda a resolución rápida de consultas técnicas incrementando la calidad asistencial y la seguridad en el uso de los medicamentos.

O-425

RADIOGRAFÍAS ABDOMINALES PEDIDAS EN URGENCIAS.
DEMASIADAS

A Valencia Dutor, E Caldevilla Bernardo, A García Romero,
C Rodríguez Ramírez, J Valdueza Sandín

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

PALABRAS CLAVE: seguridad-radiación-daño del paciente

OBJETIVOS:

Tener conocimiento del número de radiografías abdominales que se realizan en un servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de todas las radiografías abdominales pedidas en el servicio de urgencias durante el periodo que abarca desde enero de 2016 hasta marzo de 2017 en pacientes que acuden por dolor abdominal o diarrea. Se compara con el de las Rx pedidas en casos de cólico renoureteral.

RESULTADOS:

En el periodo de tiempo descrito se realizaron 532 radiografías de abdomen en pacientes que acudieron por dolor abdominal o diarrea (1253) lo que hace una tasa del 42% muy superior al menos del 10% recomendado por las sociedades científicas. Se compara con la tasa de radiografías en pacientes con diagnóstico de cólico nefrítico (54%).

CONCLUSIONES:

En el servicio de urgencias se realizan excesivas radiografías de abdomen que no tienen ninguna rentabilidad diagnóstica. Desde la comisión de seguridad del paciente se ha realizado un procedimiento para reducir este número.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-427

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA
EN IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES:
UN OBJETIVO DE SEGURIDAD Y CALIDADMA Rivera Núñez, L Jaen Cañadas, AM Martínez Virto, J Cobo Mora,
C Carballo Cardona

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: seguridad-identificación inequívoca de pacientes-formación**OBJETIVOS:**

El objetivo de este estudio fue valorar el impacto de una intervención formativa sobre los errores de identificación de pacientes en las salas de agudos del Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El estudio se desarrolló en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Como indicador, se utilizó las alertas de Sinoires®, sistema de alertas, notificación y gestión de incidentes sobre seguridad del paciente. Se cuantificaron las alertas relacionadas con identificación errónea entre Agosto y Noviembre 2016. Durante diciembre 2016 y enero 2017 se realizaron talleres de formación a celadores. Se discutieron tres eventos centinelas, aprendizaje teórico y simulación de un incidente siguiendo el protocolo de identificación del paciente en base a tres preguntas: 1. ¿Cómo se llama usted? 2. ¿Cuáles son sus apellidos? 3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Comprobación de datos de la pulsera identificativa, documentación y pegatinas para verificar concordancia. En febrero y marzo se registraron alertas y casos centinelas del SINOIRES®.

RESULTADOS:

En la intervención formativa participó 78% de los celadores de urgencias y radiología de urgencias. En el periodo pre-intervención, hubo 12 alertas por errores de identificación. El 80% en relación a procedimientos radiológicos de urgencias. En el periodo post-intervención, sólo se registró una alerta.

CONCLUSIONES:

Las intervenciones educativas son eficaces. En nuestro estudio, verificamos una disminución de las alertas por errores de identificación. Si bien, estas no son una cuantificación exacta, sino más bien la punta del "iceberg", son por el momento, una forma de evaluar los eventos adversos. En la medida que se implica a todo el personal sanitario en esta cultura de la seguridad, ganará el paciente y todo el sistema sanitario.

O-428

NATIONAL EARLY WARNING SCORES (NEWS) REALIZADOS EN
URGENCIAS PREVIO AL TRANSFER A PLANTA EN LA PREDICCIÓN
DE COMPLICACIONES EN LAS PRIMERAS 48 HORASL Simón Pascua, J Ruiz Izquierdo, G Figueres Solé,
B Sánchez González, J Trenado Álvarez, G Muñoz Gamito

Hospital Universitari Mútua Terrassa. Barcelona

PALABRAS CLAVE: news scores-estratificación de riesgo-predicción de complicaciones**OBJETIVOS:**

Calcular NEWS en los pacientes que ingresan en plantas médicas desde urgencias y determinar la existencia de complicaciones graves (CG) en las 48 h siguientes al ingreso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio piloto en un Hospital Universitario. Se incluyeron de forma prospectiva durante 3 semanas todos los pacientes >18 años que acudieron a urgencias e ingresaban en un servicio médico. Se recogieron: datos demográficos, clínicos, constantes vitales y estancia hospitalaria. Se calculó NEWS score para todos ellos en el momento previo del traslado a planta. Según la puntuación, se clasificaron en 3 categorías: A: bajo riesgo (0-4 puntos), B: medio (5-6 puntos o algún parámetro individual de NEWS con un 3) y C: alto (≥ 7 puntos). Se siguió la evolución de los pacientes una vez ingresados y se registraron las CG (atención médica urgente, ingreso en UCI y/o mortalidad en el hospital) en las primeras 48 h. Estadística: test X2 para las variables cualitativas y t-Student para las independientes. El nivel de significación se estimó en $p < 0.05$. (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp).

RESULTADOS:

192 pacientes (50% hombres, edad 74 ± 9). Servicio de destino más frecuente: medicina interna (59,4%). Se registraron eventos graves en 19 pacientes (13 fueron éxitos) ($p: 0,004$). El % de CG de acuerdo al NEWS fue 21%, 37% y 42%, ($p: 0,06$), para las categorías A, B y C, respectivamente. El 74% de los pacientes con una puntuación NEWS ≥ 3 en un parámetro presentaron CG. La media de estancia hospitalaria por categoría fue de 7, 8 y 9 días ($p = 0,04$). La mortalidad y la edad no presentaron diferencias estadísticamente significativa entre categorías.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio, NEWS elevados o un parámetro ≥ 3 se han relacionado con un porcentaje de CG más elevado en las 48h después del ingreso en planta. La realización de la escala NEWS en urgencias previo al traslado a planta puede ser de utilidad para la detección de pacientes en riesgo.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-429

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN NUESTRO ENTORNO

AM Martínez Virto, R Torres Santos-Olmo, A Rivera Nuñez,
L López Corcuera, M Lerin Baratas, J Cobo Mora, M Quintana Díaz
Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: violencia contra la mujer-situación-actuación

OBJETIVOS:

Conocer la situación real de la violencia contra la mujer y la actuación desde el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario la Paz (HULP).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un registro de todas las pacientes que habían acudido a Urgencias refieren maltrato por parte de su pareja durante los años 2012-2015, recogiendo edad, nacionalidad, región anatómica en la que presentaba lesión, persona que les acompañaba, actuación del personal sanitario y el número de pacientes que habían presentado denuncia en la comisaría, analizado posteriormente con el paquete estadístico ssp.

RESULTADOS:

Durante el periodo de registro acudieron a nuestro servicio 1387 pacientes que refieren haber sufrido una agresión por su pareja, con una edad comprendida entre 18-84 años, el 73% eran sudamericanas, el 90% presentaban lesiones en brazos y cara y fueron dadas de alta su domicilio, 4 pacientes fueron ingresadas en UCI por lesiones derivadas de la agresión, el 10% de ellas venían acompañadas x su agresor. En todas ellas se aplicó el protocolo vigente en HULP, se detectaron 340 pacientes con riesgo vital activándose protocolo de protección., de estas pacientes clasificadas como riesgo vital 31 de ellas fueron negativas, 2 pacientes fueron trasladadas a casa de acogida, se realizaron 320 partes a trabajadores sociales y solo el 3% denunciaron.

CONCLUSIONES:

- El número de pacientes atendidas es elevado. - La actuación en el servicio es adecuada pero no se continuó proceso de alerta y protección. - El número de denuncias es bajo.

O-434

INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: CONTRIBUCIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

C Caballero Requejo, E Urbieto Sanz, C García-Molina Sáez,
A Trujillano Ruiz, M Onteniente Candela, P Piñera Salmerón
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: atención farmacéutica-errores de medicación-seguridad

OBJETIVOS:

Evaluar los resultados de la incorporación de un farmacéutico al equipo multidisciplinar del SUH en la reducción de problemas relacionados con la medicación (PRM).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal realizado entre septiembre y noviembre de 2016 en la sala de observación de un SUH. Un farmacéutico llevó a cabo su actividad asistencial en el SUH de lunes a viernes en horario de mañana, seleccionando los pacientes con mayor riesgo de tener un PRM (mayores de 65 años, polimedicados, pluripatológicos, con tratamiento domiciliario de medicamentos de alto riesgo). Obtuvo la historia farmacoterapéutica domiciliaria (HFD) de los pacientes, revisó los tratamientos prescritos o realizó junto con el urólogo la primera prescripción, identificando así los PRM y/o los errores de conciliación.

RESULTADOS:

De los 344 pacientes en la sala de observación del SUH durante los días del estudio, se seleccionaron 93 (27%), realizándose intervenciones en 69 pacientes. El 51,6% fueron hombres, con una edad media de 75,2±12,4 años (el 62,4% de los pacientes tenía más de 75 años). La media de medicamentos por paciente recogidos en la HFD fue de 10,3±3,5. Se realizaron 165 intervenciones (2,4±1,3 por paciente): 67 por omisión (40,62%), 33 por adaptación a la guía farmacoterapéutica del hospital (20%), 16 por diferencia de dosis/pauta (9,69%), 13 optimización tratamiento crónico (7,88%), 10 por ajuste a función renal (6,06%), 8 optimización tratamiento de la patología aguda (4,85%), 6 por suspensión al ingreso por ser fármacos de utilidad terapéutica baja (3,65%), 4 por prescripción incompleta (2,42%), 3 por comisión (1,81%), 2 por alergias/intolerancias no detalladas (1,21%), 2 por duplicidad terapéutica/interacción (1,21%), 1 por falta de adherencia (0,6%). Fueron aceptadas el 84,4% de las intervenciones.

CONCLUSIONES:

La integración de un farmacéutico al equipo multidisciplinar del SUH puede contribuir a una mayor calidad de los tratamientos prescritos y aumentar así la seguridad del paciente, obteniendo una gran aceptación por parte de los clínicos.



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

O-435

PERCEPCIÓN RELATIVA DE FORTALEZAS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

P Soria Candela, L Rodríguez Quijano, MI Vilanova Barceló, E Martínez Lerma, JJ Vives Hernández, MD González Navarro

Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente-aptitud-personal sanitario

OBJETIVOS:

Analizar la cultura de seguridad del profesional sanitario que trabaja en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) para identificar las fortalezas del mismo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo. Se ha utilizado el "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes", herramienta validada y adaptada al contexto español de la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, proporcionada por la cooperación del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa de las doce dimensiones de la cultura de seguridad. Se dirigió a todos los profesionales sanitarios del SUH. Para clasificar un ítem como fortaleza debe cumplir uno de estos criterios: ? 75% de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo o ? 75% de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

RESULTADOS:

El 74,4% de los participantes están de acuerdo en que ante la detección de algún fallo en la atención al paciente se toman medidas para evitar nuevos incidentes. El 73% opina que ante sobrecarga, los compañeros suelen prestarle ayuda. El 74,1% consideran que ante las sugerencias para la mejora de la seguridad del paciente sus superiores las tienen en cuenta. El 76,4% dice revisar el listado de medicamentos que toma el paciente antes de realizar nuevas prescripciones.

CONCLUSIONES:

Los trabajadores del SUH valoran positivamente que se tomen medidas para evitar nuevos eventos similares tras detectarse fallos en la atención y que sus supervisores tengan en cuenta las sugerencias para evitarlos, además de sentirse apoyados por sus compañeros en situaciones de sobrecarga. Estas fortalezas percibidas podrían aprovecharse para el desarrollo de estrategias que mejoren la seguridad del paciente en el servicio, con la consiguiente mejora en la calidad asistencial.

O-436

OPORTUNIDADES DE MEJORA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS

P Soria Candela, MI Vilanova Barceló, L Rodríguez Quijano, JJ Vives Hernández, E Martínez Lerma, MD González Navarro

Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente-deficiencia-personal sanitario

OBJETIVOS:

Evaluar la percepción de la seguridad del paciente de todos los trabajadores del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) para identificar las debilidades y oportunidades de mejora

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo. Encuesta anónima dirigida a todos los profesionales sanitarios del SUH, validada siguiendo el "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes" en su versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptada por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Para clasificar una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios: ? 50% de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo, ? 50% de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

RESULTADOS:

El 89,5% de los profesionales encuestados considera que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. Además, el 67,5% que las jornadas agotadoras no facilitan la atención al paciente. Un 84,6% dice trabajar bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa y un 71,1% afirma que a veces se aumenta el ritmo de trabajo aunque implique sacrificar la seguridad del paciente. Un 60,5% no se siente reconocido por sus superiores cuando intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente. El 68,4% niega que la gerencia/dirección facilite un clima de seguridad, refiriendo el 54% que no muestran por su parte que la misma sea una prioridad y un 57,9% que sólo parecen interesarse cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso.

CONCLUSIONES:

Las deficiencias identificadas más importantes desde el punto de vista del personal del SUH corresponden a la dotación de personal y al apoyo desde la gerencia/dirección del hospital en lo referente a la mejora de la seguridad del paciente, por lo que trabajar sobre estos aspectos podría contribuir a una optimización de la calidad asistencial.





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

O-437

EL TIEMPO, ¿ES CEREBRO?

**MJ Redín Sagredo, F Sanz de Galdeano, S González Subiza,
J Pascual Fernández, M Sada Ruiz, L Yanguas Amatriain,
J Abadía Durán**

Urgencias. Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

PALABRAS CLAVE: stroke code-time-to-treatment-public awareness

OBJETIVOS:

* Caracterizar los pacientes valorados por ACV, en urgencias hospitalarias comarcales, desde la implantación del CI. * Impulsar la sensibilización sobre su manejo adecuado, en nuestra zona básica de salud.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

* Estudio descriptivo observacional retrospectivo. * Se incluyeron pacientes valorados en urgencias entre enero 2014 y diciembre 2016, diagnosticados como: ACV, ACV agudo hemorrágico, ACV agudo isquémico, accidente isquémico transitorio. * Muestra inicial de 317 pacientes. Excluidos 4 por errores al codificar el diagnóstico. Muestra final con n de 313. * Mediante revisión de historias, se elaboró una tabla anonimizada con: Edad, factores de riesgo cardiovascular, síntomas, criterios del CI, consulta en urgencias espontánea o por derivación, tratamiento estabilizador, diagnóstico por neurólogo, ingreso en unidad de ictus (UI), escalas NIHSS y Rankin al ingreso, tratamiento específico, tratamiento de rescate, tiempo de ingreso, escala Rankin y secuelas al alta.

RESULTADOS:

* En 2014 se valoraron 104 pacientes sospechando ACV, el 61.5% venían derivados, el 46.2% cumplían el CI, el 41.3% ingresó en UI, en el 13.5% el diagnóstico por neurólogo fue "no vascular" y el 33.7% no fueron vistos en neurología. * En 2015, 107 pacientes, el 55.1% cumplían el CI, el 60.7%, derivados, el 43.0% ingresó en UI, en el 22.4% el diagnóstico final fue "no vascular" y el 26.1% no fueron vistos por neurología. * En 2016, 102 pacientes, el 46.0% cumplían el CI, derivados el 62.7%, el 40.2% ingresó en UI, en el 14.7% el diagnóstico final "no vascular" y el 29.4% no fueron vistos por neurología.

CONCLUSIONES:

* Los ictus son patología con conocido carácter tiempo-dependiente, condicionando el pronóstico y la morbilidad posterior. * Estrategias del tipo CI son útiles en el manejo de estos cuadros y es necesario difundirlas, a pesar de llevar tiempo instauradas en nuestras comunidades.

O-440

RELACIÓN ENTRE COLOR DE TRIAJE Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

MT Bru Maciá, A Huesa Perales, E Díaz Fernández

Hospital Universitario San Juan de Alicante

PALABRAS CLAVE: triage-emergency-intensive care unit

OBJETIVOS:

Relacionar el color de triaje con las características de los pacientes que fueron ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de San Juan de Alicante.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron datos de 233 pacientes triados en Urgencias y cuyo destino fue UCI desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2016 realizándose un análisis univariante de variables cuantitativas y cualitativas, y midiéndose la asociación entre variables cualitativas mediante el test Chi-Cuadrado, y entre cuantitativas mediante el test T de Student, usando el programa SPSS v.18.

RESULTADOS:

La causa más frecuente de ingreso en UCI desde urgencias fue cardiológica (47.2%), seguida de la infecciosa (20.6%). Sin embargo, el 23% de los pacientes triados presentaron como motivo de consulta MEG (malestar general), siendo los que presentaron mayor tasa de mortalidad a los 30 días, en contraposición a los que consultaron por dolor torácico, que fueron los que menor tasa de mortalidad obtuvieron. El 87.2% de los pacientes fueron triados con un nivel alto de prioridad. En cambio, el 12.7% restante fue triado como verde, presentando más de la mitad de éstos una causa cardiológica y una mortalidad a los 30 días de un 7.7%. De los 8 pacientes triados como rojo, un 50% fue por causa neurológica. No se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la mortalidad al mes y factores como: tiempo de estancia en urgencias y tiempo de triaje, diagnóstico y color de triaje, etc.

CONCLUSIONES:

En nuestro servicio de urgencias, el 87.2% de los pacientes fueron triados con una prioridad alta. El dolor torácico fue la causa mayoritaria de consulta a urgencias y posterior ingreso en UCI, pero existe un porcentaje no despreciable de pacientes triados como MEG, con síntomas inespecíficos que son los que representan la mayor tasa de mortalidad al mes.



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

O-448

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y CONDUCTAS DE LOS TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LA HIGIENE DE MANOS

I Rodríguez Fernández (1), AM Jiménez Pires (2)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: higiene de las manos-seguridad del paciente-servicios médicos de urgencia**OBJETIVOS:**

Analizar los conocimientos, las opiniones y las conductas desarrolladas por los trabajadores de los servicios de emergencia prehospitalaria en relación a la higiene de manos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. - Población: médicos, enfermeros y técnicos de los servicios de emergencia prehospitalaria españoles. - Periodo: 1 de enero a 31 de diciembre de 2016. - Variables: conocimientos, opiniones y conductas. - Metodología: encuesta online de diez preguntas, distribuida a través de redes sociales y foros profesionales.

RESULTADOS:

193 participantes [19 médicos, 56 enfermeros y 118 técnicos]. El 89% no ha recibido formación ni concienciación en los últimos tres años, el 86% niega o desconoce la existencia de un procedimiento en su lugar de trabajo y el 81% desconoce las indicaciones de los productos desinfectantes. Esto justificaría que el 91% reconozca ejecutar de forma incorrecta las técnicas de lavado y desinfección de manos establecidas por la OMS. Por colectivos, los errores de ejecución y la carencia de conocimientos se observa mayor entre los técnicos, siendo los enfermeros quienes parecen tenerlos más afianzados. Adaptando los momentos para la higiene de manos de la OMS al ámbito prehospitalario, observamos una mayor ejecución tras el contacto con el paciente [55%] o con fluidos corporales [100%] pero apenas antes de tocarlo [10%] o de colocarse los guantes de exploración [16%]. Prisas [92%] y olvido [84%] son los motivos elegidos mayoritariamente para justificar falta de adhesión, pero no toda la responsabilidad puede recaer en el profesional, cuando un 9% manifiesta no disponer de medios, o un 63% disponer de medios no funcionales para ejecutar la higiene de manos.

CONCLUSIONES:

Se evidencian niveles de conocimiento y adhesión deficientes en relación a la higiene de manos, que constatan la necesidad de implantar medidas materiales, formativas así como de concienciación entre el personal de los servicios de emergencia prehospitalaria.

P-314

EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN PARA MEJORAR EL EMPLEO DE UN EQUIPAMIENTO CRÍTICO

ME Azkuenaga Martín, MA Waliño Pizarro, C Andonegui Melida, S Malvar González, I Beitia Goenaga, J Fernández Iglesias, I Lamas Fernández

Hospital de Mendaro. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: desfibriladores-conducta cooperativa-análisis de sistemas**OBJETIVOS:**

1. Describir la experiencia de colaboración entre una empresa fabricante de equipos electro-médicos y la Unidad de Urgencias de la OSI Debabarrena. 2. Mostrar la mejora realizada en el manejo del desfibrilador externo automático (DEA) modelo Reanibex 300, de Bexen Cardio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

1. Se detecta que el paso entre Modos del desfibrilador (de Modo ECG/Monitorización a Modo DEA o a revés) era complejo, porque requería de varios pasos, en ambos sentidos. Esta situación podía ser de riesgo, sobre todo, en el paso de Modo Monitorización a Modo DEA, ya que ante una fibrilación ventricular la descarga debe ser precoz. 2. El Servicio de Urgencias contacta con el fabricante y le expone el problema y una posible solución. 3. La empresa realiza un análisis de sistemas en su Departamento de Investigación + Desarrollo + innovación (I+D+i).

RESULTADOS:

1. Bexen Cardio concluye que la solución propuesta es viable. 2. Realiza una modificación del software que incluye la propuesta por parte de nuestro servicio y como resultado el paso de Modo Monitorización a Modo DEA se realiza con una sola acción. 3. Se comprueba que los cambios introducidos facilitan el uso del desfibrilador y lo hacen más seguro y rápido.

CONCLUSIONES:

1. La industria tecnológica dispone de departamentos de I+D+i, que colaboran con sus clientes para la mejora del producto que proveen. 2. La mejora del producto revierte en beneficio mutuo, porque: - La empresa ahora dispone de un producto mejor, que puede mejorar sus ventas. - El profesional ahora dispone de un producto cuyo uso es más sencillo, por lo que minimiza el riesgo de errores derivado de un manejo inadecuado. 3. El beneficio final redunda en la seguridad del paciente, porque disponemos de un desfibrilador fácil de usar y que será empleado sin error en situaciones críticas.



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

P-316

GESTIÓN TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA POR ENFERMERÍA

MM Morán Díaz (1), MJ De la Viuda Gil (2), C Laserna del Gallego (3),
A Artero García (4), P Fernán Pérez (5), J Abia González (5),
N López Cabeza (5)

(1) Centro Coordinador de Urgencias Sanitarias. Emergencias Sacyl.
(2) Emergencias Sacyl. (3) Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Sacyl.
(4) Recursos Aéreos. SUC 1-1-2. (5) Centro Coordinador de Urgencias. SUMMA 112

PALABRAS CLAVE: enfermero-triage-consejo

OBJETIVOS:

Conocer el perfil operativo del enfermero del CCU: Procesos en los que actúa y funciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo, observacional y descriptivo del trabajo del enfermero del CCU.

RESULTADOS:

La enfermería comienza en el CCU en 2009 por un programa especial de consultoría de gripe. Actualmente el enfermero: 1-Recepciona las llamadas y clasifica el incidente según el tipo de emergencias detectada tras triaje telefónico. Tipología de llamadas en las que actúa: Peticiones de recurso (PR) por orden médicas, traslado interhospitalario en UVI móvil, Programas Especiales de Salud: Consulta telefónica pediátrica, atención al polen, gripe y peregrino, demandas asistenciales de técnicas de enfermería y demandas asistenciales: inconsciente, convulsiones, disnea aguda, accidente e incidente en vía pública, cuando los médicos o el jefe de sala están ocupados. 2- Moviliza recursos sanitarios idóneos y adecuados. 3- Realiza orientación y consejo sanitario. 4- Realiza seguimiento de los recursos. 5- Indica centro útil del traslado. 6- Realiza preaviso a centro útil y activa códigos. En 2015 se atendieron 250.866 demandas asistenciales, más del 40% fueron gestionadas por enfermería.

CONCLUSIONES:

Los excelentes resultados obtenidos durante su trayectoria hacen que la cartera de servicios de los enfermeros siga aumentando, evidenciando su alta capacidad de adaptación a nuevos retos, gestionando emergencias, adecuando los recursos a la sospecha clínica y aportando consejos sanitarios. A día de hoy su presencia en la sala es incuestionable, de ahí que en 2015 se consolidaran las 9 plazas que hasta el momento no figuraban, demostrando lo valiosos e imprescindibles que son dentro del equipo multidisciplinar.

P-317

EVOLUCIÓN Y GESTIÓN DE LAS LLAMADAS ATENDIDAS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL CCU-SACYL ENTRE LOS AÑOS 2013 AL 2016

M de la Viuda Gil (1), M Morán Díaz (1), C Laserna del Gallego (2), A Artero García (3), N López Cabeza (1), J Martínez Bausela (1), A Quincoces Rodríguez (4)

(1) Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (3) Recursos Aéreos SUC 112. (4) EmerBask. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: teléfono-enfermero-urgencias

OBJETIVOS:

Conocer los indicadores de actividad en relación a las llamadas telefónicas recibidas en el CCU-SACYL entre los años 2013-2016 y los profesionales que participan en ellas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseña un estudio retrospectivo observacional y descriptivo de las llamadas telefónicas recibidas entre los años 2013-2016.

RESULTADOS:

En el año 2013, el CCU-SACYL atendió 374.467 llamadas con una media diaria de 1026 llamadas, en el año 2014, el CCU-SACYL atendió 426.225 llamadas con una media diaria de 1.168 llamadas, frente a los años 2015 donde se atienden 462.246 con una media diaria de 1266 llamadas y en 2016 se atienden 479.554 llamadas con una media diaria de 1310 llamadas. La provincia de Valladolid fue la provincia desde donde se reciben mas llamadas con una media en el año 2013 del 24,2%, en el año 2014 la media de llamadas es del 26,7%, en el año 2015 la media es del 24,9% y en el año 2016 la media es de 24,4% y no todas las llamadas fueron motivadas por la misma causa correspondiendo a las llamadas de demanda asistencial la mayor incidencia atendidas por médicos reguladores y enfermeros reguladores.

CONCLUSIONES:

Los profesionales del CCU-SACYL, forman un equipo multidisciplinar, debido a sus funciones claramente definidas a la hora de recepcionar y resolver las llamadas entrantes, dan solución a las Emergencias Sanitarias de la Comunidad Autónoma, indistintamente del lugar en el que se genere la emergencia.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-318

SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS (SUH), MONITORIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

Y García Bango, M Flórez Nieto, M Quiroga Álvarez,
N Miranda Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

PALABRAS CLAVE: urgencias-seguridad del paciente-prescripciones de medicamentos**OBJETIVOS:**

Analizar el resultado de la Intervención Farmacéutica (IF), a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE), en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de un centro de nivel III, mediante la identificación e intervención sobre los Problemas Relacionados con la Prescripción (PRP) de los medicamentos a los pacientes en las Unidades de Observación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo, longitudinal y observacional a lo largo de un bimestre, sobre pacientes ingresados en la Unidad de Observación (U.O) de un SUH, que cumplan algún factor de riesgo (FR) relacionado con el paciente o con su medicación. Se registraron variables como datos demográficos, datos clínicos, medicación crónica y prescrita en el SUH. Se analizaron IF relacionadas con la prescripción, a través de la HCE.

RESULTADOS:

Se incluyeron 80 pacientes (73,7% mujeres), con edad media 74,4 años (DE 19,04), mediana 81 años. Registradas 86 intervenciones en 52 (65%) pacientes, 78 (90,7%) asociadas a PRP, de las cuales, el mayor número de intervenciones 54 (69,2%) fue por incompatibilidad entre fármacos al iniciar el tratamiento en el SUH, seguidos de la duplicidad en la prescripción de un principio activo, un 23 (29,5%) de los casos. Destaca la presencia de polimedicación (> 5 fármacos), como factor de riesgo que requiere IF en los pacientes estudiados ($p=0,006$), así como la relación entre la variable >2 FR y la aparición de PRP ($p=0,002$). 48 (61,5%) de las intervenciones se realizaron sobre fármacos con actividad cardiovascular. La mayoría de los PRP supusieron cambios de tratamiento (78%), en pacientes a cargo del SUH ($p<0,05$).

CONCLUSIONES:

La IF en las prescripciones en los SUH, mejora la detección y resolución de los PRP, con mayor presencia los relacionados con las interacciones e incompatibilidades entre los fármacos de uso crónico en el paciente y los necesarios para su situación clínica actual. En términos de seguridad y efectividad, la IF beneficia en mayor medida a los pacientes polimedicados que ingresan en los SUH.

P-319

PACIENTE CRÍTICO NO CÓDIGO: TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN

MG Castello Gil, L Arrufat Flores, M Capdevila Olivas,
X Castillo Paramio, C Valdes De Fez, E Hernaez Ventura
SEM**PALABRAS CLAVE:** comunicación en salud-enfermería-SBAR**OBJETIVOS:**

- Unificar criterios de transmisión de datos a CECOS por parte de las unidades de SVAm/SVAe y de Cecos a Hospital de referencia, relacionados con pacientes críticos no código. - Implantar el modelo SBAR/SAER estructurado de traspaso de la información.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados relacionados con la técnica SBAR/SAER en las bases de datos PubMed, Cinahl, Biblioteca Cochrane y Scopus, un límite de 5 años.

RESULTADOS:

En los artículos revisados refieren el hecho de transmitir la importancia de la comunicación ha sido un aspecto o elemento vital del proceso de cuidado de enfermería. Dan importancia al uso de herramientas que existen para favorecer la cultura de seguridad utilizados para informar. SBAR es una técnica utilizada principalmente para facilitar la transferencia de información en situaciones complejas, cuando se requiere de atención inmediata.

CONCLUSIONES:

Un modelo estandarizado de transferencia de la información del paciente crítico permite transmitir un mensaje corto y claro sobre una situación específica, creando un modelo mental compartido y proporcionando una estructura concisa y objetiva. La Técnica SAER afianza la calidad asistencial en todo el proceso del paciente. Nuestra propuesta es la implantación de este modelo estructurado de traspaso de la información referida al paciente crítico no código entre CECOS SEM de Barcelona y los hospitales receptores, a los cuales realizamos pre-alertas hospitalarias a los teléfonos directos de los principales hospitales públicos de Barcelona.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-320

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN URGENCIAS: ¿CÓMO INFLUYE EL PERFIL DEL PACIENTE? EXPERIENCIA EN HLA VISTAHERMOSA

I Casabona Martínez, A Zamora Soler, M Navarro Cano, P Catalá Rodríguez, S Pulido Ivorra, F Prats Agulló, L Martínez Martínez

HLA Grupo Hospitalario Vistahermosa

PALABRAS CLAVE: calidad percibida-urgencias-enfermería**OBJETIVOS:**

Determinar la influencia de los distintos perfiles de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de HLA Vistahermosa en la percepción subjetiva de la calidad del cuidado enfermero recibido.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo/comparativo, con metodología cualitativa mediante la realización de encuestas de calidad percibida, en base a criterios de Ética investigadora. La muestra a estudio, se seleccionó de forma aleatoria, en diferentes días (laborables y festivos) y turnos de trabajo.

RESULTADOS:

Se expondrán los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los diferentes perfiles de paciente/cliente, realizando un estudio comparativo de los resultados según los diferentes perfiles que acuden a Urgencias de HLA Vistahermosa. Dada la singularidad de este estudio, no pretendemos extrapolar nuestros resultados a otros servicios de urgencias.

CONCLUSIONES:

En el momento de presentar este resumen, el equipo investigador se encuentra en la fase final del cronograma de la investigación, por lo que no se adelantan conclusiones hasta disponer de los resultados definitivos. Aun así, las conclusiones elaboradas, a partir de los resultados obtenidos, redundarán en la planificación de acciones de mejora focalizadas en los distintos perfiles de nuestros pacientes/clientes.

P-321

LA IMPORTANCIA DEL CIERRE TRANSFUSIONAL

CM García Jiménez, M Ruiz Ojeda, M Reyes Rosero, I Robledo Migallón

Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias

PALABRAS CLAVE: anemia-transfusión-sangre**OBJETIVOS:**

Resaltar la importancia de este indicador de seguridad (cierres transfusionales sin finalización de circuito) como herramienta para medir la eficiencia de las acciones adoptadas en 2013 y 2014 para disminuir la aparición de eventos adversos relacionados con esta práctica. Comparar la evolución de los cierres transfusionales 2013 y 2014.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio comparativo de los años 2013 y 2014, sobre las transfusiones realizadas y los cierres transfusionales cerrados tardíamente y estudio de forma pormenorizada de las causas por las que no se cerró correctamente el circuito.

RESULTADOS:

Las transfusiones realizadas en estos servicios fueron 1151 en 2013 y 1065 en 2014. Los cierres transfusionales que no finalizaron el circuito en urgencias, en 2013, fueron en total 35 (3,04%). En 2014, 26 (2,44%). Incidencias por cierres incompletos: • No aparecen hojas para devolver a banco (18). • Hojas de cierre transfusional no cumplimentada en su finalización en la historia (8). • Hojas para devolver a banco, rellena en la historia (33). • Hojas sin información en la historia (2).

CONCLUSIONES:

Las estrategias adoptadas durante 2013 han sido eficaces, ya que el número de cierres transfusionales incompletos ha disminuido un 26%. En 2014 sólo 26 de las transfusiones fueron cerradas tardíamente. Al analizar las causas por las que los cierres transfusionales no han sido cerrados, encontramos que el 64% de las hojas de cierre están rellenas, pero o no aparece la copia para devolver a banco (46%) o ambas copias están en la historia (54%). Sólo en dos casos, la hoja no está cumplimentada. Concluimos que el circuito debe revisarse, incidiendo en la devolución de las hojas. El personal de enfermería que abre la hoja, deberá cerrarla al término de la transfusión y si no es posible, reflejarlo en el relevo, para su posterior cierre. Establecer una carpeta en cada unidad para laboratorio. El personal auxiliar trasladará los cierres transfusionales en un momento establecido y los entregará en hematología en el lugar acordado.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-322

LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS

CM García Jiménez, M Ruiz Ojeda, M Reyes Rosero,
I Robledo Migallón

Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias de Pozoblanco. Córdoba

PALABRAS CLAVE: método-identificación-pulsera

OBJETIVOS:

Garantizar la correcta identificación de los pacientes mediante la pulsera identificativa para evitar y corregir así los eventos adversos y complicaciones que pudieran surgir. Realizar una asistencia de calidad mediante la identificación inequívoca.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En nuestro ámbito de actuación, existe un protocolo de aplicación en urgencias de identificación inequívoca de pacientes mediante pulsera identificativa o brazalete. Uno de los indicadores de evaluación es la realización de auditorías del uso de las pulseras identificativas como método para la identificación inequívoca, por lo que procedemos a realizar un estudio sobre el grado de implantación de las mismas en urgencias. Los datos han sido recogidos mediante estudio observacional retrospectivo del año 2015.

RESULTADOS:

Se han llevado a cabo tres auditorías puntuales y aleatorias durante 2015, revisando los pacientes identificados mediante la pulsera identificativa y la concordancia de datos que contenía el brazalete. El total de pacientes correctamente identificados con pulsera identificativas con datos correctos y completos son 82,8%. Ninguno de los brazaletes colocados contenía datos incorrectos. En la muestra recogida tan sólo 5 pacientes no estaban identificados en el momento de las auditorías. Las causas de la no identificación fueron la avería de la impresora y la existencia de personal no entrenado en la técnica.

CONCLUSIONES:

Por los resultados anteriores, concluimos que, además de la identificación inequívoca verbal, la pulsera identificativa se muestra como un método eficiente para confirmar que las medidas aplicadas, se realizan en el paciente adecuado, y no en otro paciente, evitando así, la producción de eventos adversos como errores en el diagnóstico, en la medicación administrada, o realización de procedimientos invasivos y/o no invasivos en personas incorrectas.

P-323

USO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL DE ZAFRA (SES)

A Navarro Caballero (1), M Portela García (2),
D Fernández Llamas (3)

(1) Hospital de Zafra (SES). Badajoz. (2) Hospital General Nuestra Señora del Prado (SESCAM). Talavera de la Reina, Toledo. (3) SVE Talavera de la Reina (SESCAM). Toledo

PALABRAS CLAVE: atención ambulatoria-pacientes-servicios de salud

OBJETIVOS:

Estudiar el uso que los pacientes están realizando del SUH del Hospital de Zafra.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio Observacional, de corte transversal, mediante una encuesta a los pacientes que acudieron al SUH del Hospital de Zafra durante el mes de septiembre de 2016. Se valoró: si acudían por iniciativa propia o derivados por Atención Primaria (AP) o por una Unidad Medicalizada de Emergencia (UME), la motivación que les hacía acudir al SUH, la percepción de gravedad de su estado de salud y datos personales del paciente.

RESULTADOS:

Un 61% acudió por iniciativa propia y un 39% fue derivado por otros recursos. De los pacientes derivados por AP o UME: Según la propia percepción del paciente: el 34,4% estaba leve o poco grave, el 17,2% moderado y el 48,4% estaba grave o muy grave. Los principales motivos por los que fueron derivados desde AP a urgencias del Hospital son: - Problemas considerados no subsanables desde AP, necesidad de especialista: 53% - Mejores medios técnicos para completar el estudio (Rx, analítica, etc): 33% - Urgencia vital: 14% De los pacientes que acudían por iniciativa propia: De la percepción de gravedad de su estado de salud el 45% estaba leve o poco grave, el 19,6% moderado y el 35,4% estaba grave o muy grave. Y las principales motivaciones para acudir a urgencias fueron: - Mejores medios técnicos: 20% - Problema considerado no subsanable desde AP: 14% - No mejoraba con el tratamiento prescrito por AP: 13% - Desconocimiento del uso de las urgencias: 11,5% - Acceso más fácil al hospital (posibilidad de ingreso y valoración por especialista): 10%.

CONCLUSIONES:

Prácticamente se invierten los porcentajes de la percepción de gravedad de su estado de salud entre pacientes que acuden por iniciativa propia y los que acuden derivados por AP o UME. Lo que lleva a pensar que se hace un buen cribado. Las motivaciones que hacen que se acuda al SUH derivados por AP o UME son similares a los que acuden por iniciativa propia, a pesar de que la mayoría de estos últimos manifiestan encontrarse leves o poco graves.



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

P-324

POSIBILIDAD DE LA DONACIÓN DE MULTITEJIDOS
PARA LOS PACIENTES FALLECIDOS EN URGENCIAS.
LA POTENCIALIDAD PÉRDIDAS Arcega Sáinz, N Masnou Burralló, M Casamitjana Farré,
R Arcega Sáinz, P Rimbau Muñoz, C Cordón Bueno, L Arbos Vila

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

PALABRAS CLAVE: donación-multitejidos-donante

OBJETIVOS:

Valorar la inclusión de la posibilidad de donación multitejidos a todo paciente/familia que es éxitus o se limita el esfuerzo terapéutico en el servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudiamos los éxitus del 2016 en nuestro servicio de urgencias del hospital listados por el grupo de mortalidad ya existente. La Mortalidad del 0,14% del SUH en 2016, reduciendo del 0,31% en el 2015, dado que las limitaciones de tratamiento de soporte vital(LTSV) ingresan a planta. De estos pacientes los crucemos con los criterios de exclusión para tejidos que son más estrictos que los de donante de órganos.

RESULTADOS:

En 2016 fallecieron en urgencias 104 pacientes. 40 pasaron los criterios de exclusión (menores de 80 años, sepsis no controlada, sin serologías positivas, sin neoplasias activas, sin demencias de patología desconocida y con causa de muerte conocida), 17 casos fueron casos judiciales, 13 fueron derivados de otros centros sanitarios y sólo 5 fueron traumáticos. La distribución entre meses(entre 5 y 11). Por diagnósticos tenemos la parada cardiaca(13), politraumatismo (2), TCE (2), HDA (2), alteraciones electrolíticas (3), broncoaspiración (2), ictus (2), ahogados (1), EAP (1), isquemia abdominal (1), otros (11).

CONCLUSIONES:

Debemos modificar la visión des de urgencias en estas situaciones de final de vida. Garantizando el derecho a la donación a los pacientes o familiares, previa valoración de su historial clínico. Ya que 2 de cada 3 fallecidos podrían haber sido donantes multitejidos.

P-325

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS
EN EL SERVICIO DE URGENCIASN Ibarrola Bagué, C Galera Heredia, Y Ríos Gómez,
MA Amat Martínez, M Gallardo González, V Pascual Granollés

Centro Médico Teknon. Barcelona

PALABRAS CLAVE: riesgo caídas-seguridad-calidad

OBJETIVOS:

Implantación en el servicio (SU) de un programa de detección de riesgo y prevención de caídas y monitorización de la implantación del programa.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La población a estudio son pacientes > 18 años que acuden al SU de abril-16 a marzo-17. Valoración por enfermería de triaje mediante la escala de J.H.Downton con un punto de corte mayor o igual a 3 para alto riesgo de caídas. Ante estos pacientes se toman medidas preventivas: aparición de icono informático en el perfil del paciente, colocación de pulsera naranja e información al paciente/familiares sobre las medidas preventivas. Mensualmente, se evalúan los siguientes indicadores: valoración del riesgo a la admisión, colocación de la pulsera informativa, prevención del riesgo, número de caídas, número de caídas con lesión.

RESULTADOS:

La valoración del riesgo se ha realizado en 59543 pacientes detectándose un alto riesgo en 23415 (39,3%), de los que el 61.3% son de Medicina Interna, el 30.1% de Traumatología y el 8,5% de Ginecología. La edad media de la población a riesgo es de 45 años, con una mediana de edad de 31 años. El 60% son mujeres. Solo ha habido 1 caída con el resultado de lesión moderada. El cumplimiento en la colocación de las pulseras ha sido del 100% y del 60% en la información al paciente/familia.

CONCLUSIONES:

Existe una elevada detección del riesgo/prevención y un porcentaje bajo de caídas, aunque la información al paciente/familia es aún escasa. La detección y prevención del riesgo de caídas en urgencias es clave para la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Es necesario realizar un seguimiento de cumplimiento periódicamente. Ante los resultados hallados creemos que podemos mejorar la calidad de las intervenciones focalizando la implantación del programa en grupos de riesgo.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-330

REGISTRO DE CASOS DE VIOLENCIA EN ADULTOS JÓVENES
EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO
(2012-2016)

T Merino Díaz, C Fernández Alonso, P Villavicencio Carrillo,
T Martínez Burgos, R Castro Martínez, RM Moreno Rodríguez,
MA Herráiz Martínez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: registro-violencia jóvenes-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Describir las principales características de los casos registrados de violencia en pacientes adultos jóvenes en un hospital terciario en el último lustro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva de pacientes con edad comprendida entre los 18 y los 65 años identificados como posibles casos de violencia y MT entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Clínico San Carlos. Se recogieron los datos incluidos en un formulario estandarizado y aprobado por la Comisión Contra la Violencia (CCV) disponible en la intranet del hospital.

RESULTADOS:

De los 296 casos registrados, 199 (67,2%) fueron identificados como posible Violencia y MT en pacientes adultos. En éstos: 178 (89,4%) fueron registrados en el SUH. Perfil de la víctima: 124 (62,3%) nacionalidad española y 35 (37,5%) extranjera. 15 (7,5%) casos estaban embarazadas, 36 (18,1%) tenían antecedentes psiquiátricos y 18 (9,0%) dependencia física. Principal tipo de Violencia detectado: 135 (67,8%) MT Físicos, 32 (16,1%) sospecha de sumisión química, 16 (8,0%) MT psíquicos, 15 (7,5%) agresión sexual y 1 (0,5%) MT económicos. 116 (58,3%) refirieron violencia previa. El presunto Maltratador convive actualmente con la víctima en 104 (52,3%) ocasiones. En 20 (10,1%) se emitió parte de lesiones urgente y otros 20 (10,1%) casos se tomaron medidas de protección judicial. En 127 (66,8%) casos el personal que emite el registro es médico, en 51 (26,8%) Trabajador Social y en 6 (3,2%) es personal de enfermería.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente dos de cada tres casos de MT detectados son adultos jóvenes. La mayoría son registrados por un médico en el SUH. El perfil habitual de la víctima es el de una paciente vulnerable, con frecuencia extranjera, que sufre violencia de género de forma reincidente. La mayoría son casos de MT físicos, destacando la sospecha de Sumisión Química con o sin agresión sexual. Apenas se tomaron medidas de protección judicial.

P-331

PLAN DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE
EN URGENCIAS

A Gayangos Machado (1), MC Andonegui Melida (1),
S Malvar González (1), I Lamas Fernández (1), I Beitia Goenaga (1),
I Bragado Beñaran (1), A Zamakola Ibaibarriaga (2)

(1) OSI Debabarrena-Hospital de Mendaro. Gipuzkoa. (2) OSI Goierri-Alto Urola, C.S. Azpeitia. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: urgencias médicas-continuidad de la atención al paciente-alta del paciente

OBJETIVOS:

Mejorar la continuidad de la atención al paciente, especialmente en aquellos que son frecuentemente atendidos en los SU. Mejorar las tasas de hospitalización evitable.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes tratados en el SU del Hospital de Mendaro entre el 1 de junio y el 31 de diciembre del 2016 y que por sus características y tras recibir el alta médica, requieren de una supervisión estrecha por parte de los servicios de AP. Hasta el momento dejábamos en sus manos decidir si ir o no y cuándo. No realizar este control puede derivar en una mala evolución o en un reingreso. Diariamente, los médicos de AP reciben a través del programa OBIEE (Oracle Business Intelligence) información de los pacientes atendidos en el SU del Hospital de Mendaro y hayan sido dados de alta a su domicilio con el campo "Asistencia Atención Primaria" marcada, con el fin de que contacten con ellos y realicen un seguimiento.

RESULTADOS:

Ha habido un total de 11.776 altas de pacientes del SU, de las que 102 (0,87%) cumplen criterios para realizar la continuidad desde AP. Se ha contactado con un total de 68 pacientes. Entre éstos ha habido 6 (8,82%) reingresos en un plazo de 72 horas desde el alta. Entre los pacientes no contactados ha habido un total de 3 (8,82%) reingresos en el mismo plazo.

CONCLUSIONES:

La continuidad es uno de los principios fundacionales de la Integración Sanitaria y para ello es imprescindible dotarse de nuevas prácticas orientadas a la consecución de estos objetivos. Esta práctica garantiza que aquellos pacientes dados de alta en el SU reciban una atención sanitaria por parte de AP hasta que el problema haya sido resuelto. No obstante, no ha reducido el porcentaje de reingresos de estos pacientes.



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

P-334

PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA FORMACIÓN RECIBIDA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN URGENCIAS/EMERGENCIAS

I Casabona Martínez (1), M Salazar Agullo (1), A Zamora Soler (2), A San Juan Quiles (1)

(1) Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. (2) Grupo HLA-Vistahermosa

PALABRAS CLAVE: violencia género-urgencias/emergencias-enfermería**OBJETIVOS:**

Conocer las actitudes y conocimientos reflejados por los profesionales y estudiantes del Máster de Emergencias de la Universidad de Alicante, para valorar el impacto de su futura actuación ante situaciones de violencia de género, en el desarrollo de su actividad asistencial.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo con la aplicación de un Cuestionario de actitud y conocimiento del personal sanitario sobre la violencia de género, realizado por el Grupo de Violencia de Género del Colegio de Enfermería que ha sido elaborado, experimentado y validado por grupo control, no presentando ningún problema en su cumplimentación. Distribuido de manera On line. El muestreo fue intencional formado por profesionales que prestan sus servicios en emergencias hospitalarias y extrahospitalarias, estudiantes del Máster de Emergencias y Catástrofes de la UA. Se siguieron criterios en base a Ética Investigadora.

RESULTADOS:

El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos para llevar a cabo una descripción preliminar, de los resultados que se van obteniendo, nos muestran que más del 90% de los encuestados, considera que es necesaria la formación y las decisiones basadas en la evidencia para atender los procesos sobre violencia de género en su actividad profesional.

CONCLUSIONES:

La formación de los profesionales de las Áreas de Urgencias y Emergencias es clave para una atención coordinada y eficaz que de respuesta a las necesidades inmediatas de las mujeres víctimas de Violencia de género, es responsabilidad Legal, Ética y Profesional, diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de las personas más vulnerables, las mujeres que sufren violencia de género. La violencia de género es un grave problema de salud Pública que requiere un abordaje integral desde una perspectiva multidisciplinar.

P-335

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE INTUBADO EN UN HELICÓPTERO SANITARIO H24

N García García (1), JM Rodríguez Blanco (2), JL Del Pino Patón (1), JC Del Campo Olmedo (1)

(1) Summa 112. Madrid. (2) Facultad Enfermería. UCM

PALABRAS CLAVE: aircraft-patient confort-intensive care nursing**OBJETIVOS:**

Estudiar las intervenciones de enfermería, en relación a la seguridad del paciente, durante la asistencia realizada a pacientes con ventilación mecánica, en los dos helicópteros operativos las 24 horas del día (H-24). Este trabajo pretende verificar que porcentaje de información no se transmite al hospital por parte del helicóptero sanitario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo de los primeros años de actividad de los dos únicos helicópteros sanitarios H24 de la península con base en Cuenca y Toledo. Se recogieron datos sobre la actividad de los profesionales de enfermería desde Noviembre de 2006 hasta Mayo de 2010. La recogida de datos fue realizada en un cuaderno de campo por un mismo observador (profesional médico) que anotaba la información sobre las intervenciones que realizaban las diferentes enfermeras que estaban de guardia. Esto es, los datos se extraen de la actividad realizada.

RESULTADOS:

De un total de 51 pacientes intubados, estas 5 variables aparecen en el 100% de los casos: Frecuencia Cardíaca, Presión Arterial, Canalización de Vías, Pulsioximetría, Frecuencia Respiratoria. Porcentaje de informes en los que no aparecen las siguientes variables: Capnografía (41.2%), Medición Neumotaponamiento (9.8%), ECG. (80.4%), Monitorización Cardíaca (15.7%), GCS (2%), Pupilas (31.4%), Índice Biespectral (74.5%), Administración de Medicación (2%), Bomba de Perfusión (43.1%), Valoración del Dolor (98.0%).

CONCLUSIONES:

Solo 5 variables, del total de las 15 valoradas, aparecen en todos los casos, aunque éstas son básicas. Del resto, destacan el alto porcentaje de ausencias de la Capnografía y del Índice Biespectral, de importancia en el control del paciente intubado, lo que indicaría un déficit en el aporte de información al personal del hospital.



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

P-336

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE EN UN HELICÓPTERO
SANITARIO H24

N García García (1), JM Rodríguez Blanco (2), JL del Pino Patón (1),
JC Del Campo Olmedo (1)

(1) Summa 112. Madrid. (2) Facultad de Enfermería. UCM

PALABRAS CLAVE: aircraft-safety management-nursing intensive care

OBJETIVOS:

Estudiar las intervenciones de enfermería, en relación a la seguridad del paciente, durante la asistencia realizada a pacientes, en los dos helicópteros operativos en la península durante las 24 horas del día (H24).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Desde noviembre de 2006 hasta mayo de 2010 se recogieron datos sobre las actividades de enfermería realizadas en los dos únicos helicópteros sanitarios, operativos las 24 horas con bases en Cuenca y Toledo. La recogida de datos fue realizada en un cuaderno de campo por un mismo observador (profesional médico) que anotaba la información, de manera cuantitativa, sobre las intervenciones de enfermería.

RESULTADOS:

Variables de Seguridad de Traslado del Paciente en Helicóptero Sanitario, en un total de 188 casos: 1. Movilización en Bloque. Imprescindible si es paciente de trauma: (78.72%) 2. Collarín cervical: (83.51%) 3. Camilla Articulada: (68.62%) 4. Colchón de Vacío: (46.28%) 5. Protección Acústica: (31.91%) 6. Cinturones de Seguridad: (29.79%) 7. Medición Pneumotaponamiento en Pacientes Intubados: (9.8%).

CONCLUSIONES:

Es llamativo la ausencia de anotaciones sobre protección acústica y de cinturones de seguridad en 1/3 de los casos, imprescindibles en estos traslados. El uso del colchón de vacío y de la camilla articulada es altamente recomendable en estos traslados por lo que su ausencia en el 46% y el 68% de los casos son indicativos de riesgos añadidos.

P-337

PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y SU
INFLUENCIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH)

O Oliva Fernández (1), M Díaz Mate (2), S Navarro Santos (3),
S Alonso Rodríguez (3), A López Fernández-Roldán (3),
P Pérez Maroto (3)

(1) Hospital General de Villalba. Universidad Europea de Madrid. (2) Hospital General de Villalba. Madrid. (3) SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: patient safety-interdisciplinary communication-emergency service, hospital

OBJETIVOS:

Cuantificar la percepción de la frecuencia e influencia de los problemas de comunicación en la seguridad del paciente en un SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado un muestreo de conveniencia, recogiendo 45 encuestas sobre percepción de la importancia de los problemas de comunicación e influencia en la seguridad del paciente, entre profesionales de diferentes categorías del SUH del Hospital General de Villalba. Hemos realizado un estudio exploratorio prospectivo descriptivo. Los datos han sido tratados mediante SPSS v.21.

RESULTADOS:

72,7% de los encuestados fueron mujeres, 53,3% enfermeros, 35,6% médicos y 11,1% TCAE. La media de edad es 31,32 años (dt4,63) y la media de años trabajados en un SUH es 5,31 (dt2,65). La muestra cree que los problemas de comunicación suceden entre profesionales de misma categoría con poca frecuencia el 48,9%, entre profesionales de distinta categoría ocasionalmente un 44,4%, con los datos del paciente con poca frecuencia el 57,8% y con el tratamiento con poca frecuencia un 57,8%. En cuanto a la influencia que tienen los problemas de comunicación en la seguridad del paciente el 53,3% piensan que entre profesionales de la misma categoría tiene mucha influencia, el 48,9% que entre profesionales de diferente categoría tiene mucha influencia, un 55,6% que con los datos del paciente tiene influencia grave y el 71,1% que con el tratamiento tiene influencia grave. Sólo el 43,8% de los médicos consideran que tiene influencia grave un problema de comunicación con los datos del paciente. Y el 56,3% de los médicos consideran que un problema de comunicación con el tratamiento tiene una influencia grave.

CONCLUSIONES:

Aunque la percepción de frecuencia de problemas de comunicación es baja, existe conciencia de que cuando suceden tienen mucha influencia en la seguridad del paciente. El colectivo menos sensible a la influencia de los problemas de comunicación es el de los médicos.





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

P-338

COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN INTERCOMUNITARIA EN EMERGENCIAS SANITARIAS

MM Morán Díaz (1), C Laserna del Gallego (2), MJ de la Viuda Gil (3), A Artero García (4), P Fernán Pérez (5), E Domínguez Sánchez (5), J Martínez Bausela (5)

(1) Centro Coordinador de Urgencias Sanitarias. Emergencias Sacyl. (2) Hospital Clínico de Valladolid. (3) Emergencias Sacyl. (4) Recursos Aéreos. SUC 1-1-2. (5) Centro Coordinador de Urgencias. SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: coordinación-registro-urgencias

OBJETIVOS:

Demostrar la importancia de conocer los recursos asistenciales existentes en CyL y los de las Comunidades Autónomas (CC. AA.) limítrofes y Centrales de Ambulancias (CA) privadas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, de los incidentes sanitarios acontecidos desde 2012 hasta el 2016 en los que se solicitó colaboración, para la asistencia y/o resolución de incidentes sanitarios.

RESULTADOS:

Desde 2012 a 2016 se atendieron 1.146.101 incidentes sanitarios solicitándose 479 colaboraciones con otras CC.AA. y CA. La provincia que más colaboraciones solicitó, fue Ávila con 25,46%, frente a Zamora con un 2,92% que fue la que menos. La causas que las motivaron fueron: 34,86% Accidentes, 33,19% enfermedades del adulto, 18,37% otras causa, 12,52% peticiones de orden medica y 1,04% enfermedades pediátricas. El 63,25% por el formato de registro utilizado, otros recursos, no se pudo determinar si la solicitud de colaboración fue a CA o a otra CC.AA., en cambio en las que se registró con el tipo exacto de recurso solicitado, se obtuvo: un 20,8% de las solicitudes a la Comunidad de Madrid, seguida de Castilla la Mancha con un 5,6%, Aragón con un 5,2%, y el 5,1% restante repartido entre País Vasco, La Rioja, Asturias, Extremadura, Asturias, Cantabria y Galicia.

CONCLUSIONES:

La colaboración entre CC.AA. es necesaria y fundamental. Ésta no es predecible, ni estimable, ni en causa, ni en motivo, haciendo necesario que los miembros del CCU estén preparados, conociendo los protocolos, los recursos de su comunidad y los de las CC. AA. limítrofes, permitiendo ofrecer la mejor gestión del incidente, enviando los recursos disponibles más rápidos e idóneos, garantizando la mejor respuesta a los usuarios subsidiarios de los servicios de emergencias. Las dificultades detectadas en la obtención de datos, permitió mejorar la plataforma operativa añadiendo al plan operativo los recursos limítrofes de otras CC. AA. y CA, evitando usar el genérico otros recursos y unificando las forma de registro.

P-340

¿QUÉ FACTORES ESTÁN RELACIONADOS CON LA RECONSULTA DEL PACIENTE DE LA UCE?

J Rodríguez Fernández, J Rodríguez Fernández, E Segarra Cantero, S Navas Sánchez, E Gatoo Pérez, M Carbonell Vita, I Bardés Robles

Unidad de Corta Estancia de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

PALABRAS CLAVE: reingreso-urgencias-paciente

OBJETIVOS:

Estudiar si hay relación entre las variables relacionadas con la fragilidad, la dependencia funcional, la complejidad y la necesidad de curas de enfermería, y la reconsulta a 30 días tras un ingreso en UCE.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohorte prospectivo y analítico, con inclusión consecutiva, de noviembre de 2016 a enero de 2017, de los pacientes que ingresan en la UCE. Se recogen variables demográficas, basales, de fragilidad, dependencia funcional, complejidad, relacionadas con las curas de enfermería y destino al alta. La variable dependiente a estudio fue la reconsulta a 30 días en los pacientes dados de alta vivos de una UCE.

RESULTADOS:

Se recogieron 290 ingresos en UCE, fueron dados de alta vivos 268 (92,4%), de ellos presentan reconsulta a los 30 días 54 (20,2%) pacientes. Al comparar el grupo que presenta reconsulta a 30 días con el que no la presenta, en las variables relacionadas con la dependencia funcional, curas de enfermería y datos demográficos y basales no se encontraron diferencias. Se encontraron diferencias significativas en el diagnóstico de bronquitis no EPOC (OR 2,129; IC 95% 1,159-3,910; p = 0,014) y alta a un recurso de subagudo (OR 0,120; IC 95% 0,016-0,904; p = 0,015).

CONCLUSIONES:

No hay relación entre la reconsulta a 30 días y las variables relacionadas con la necesidad de curas de enfermería, la fragilidad y la dependencia funcional. El diagnóstico de bronquitis en paciente sin EPOC se relaciona con mayor reconsulta a 30 días y el hecho de derivar al paciente a un recurso de subagudo evita la reconsulta.



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

P-341

¿LA NECESIDAD DE CURAS DE ENFERMERÍA PUEDE ALARGAR UN INGRESO EN LA UCE?

R Comabella Pobes (1), R Comabella Pobes (1), M Moure Gómez (1),
E Gatoo Pérez (1), S Navas Sánchez (1), J Jacob Rodríguez (2),
I Bardés Robles (2)

(1) Unidad de Corta Estancia de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge.
Barcelona (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

PALABRAS CLAVE: enfermería-UCE-ingreso

OBJETIVOS:

Estudiar si hay relación entre las variables relacionadas con las curas de enfermería, la dependencia funcional y el destino al alta, con un ingreso prolongado en una UCE.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohorte prospectivo y analítico, con inclusión consecutiva, de noviembre de 2016 a enero de 2017, de los pacientes que ingresan en la UCE. Se recogen variables demográficas, basales, relacionadas con las curas de enfermería, dependencia funcional y destino al alta. La variable dependiente a estudio fue estancia prolongada, definida como una estancia superior a 3 días.

RESULTADOS:

Se recogieron 290 ingresos en UCE, 80 (27,6%) con un ingreso superior a 3 días. Se encontraron diferencias significativas al comparar el ingreso prolongado con el no prolongado en: ser varón (OR 0,589; IC 95% 0,347-0,997; $p = 0,048$), presencia de neumopatía crónica de base (OR 1,973; IC 95% 1,170-3,326; $p = 0,010$), alta con hospitalización a domicilio (OR 3,190; IC 95% 1,245-8,173; $p = 0,012$), alta con derivación a subagudo (OR 3,5; IC 95% 1,619-7,565; $p = 0,001$) o alta a domicilio (OR 0,335; IC 95% 0,197-0,570; $p < 0,001$). En el análisis multivariante ajustado solo se mantienen diferencias significativas en la neumopatía de base (OR 1,86; IC 95% 1,062-3,256; $p = 0,030$) y el alta a domicilio (OR 0,503; IC 95% 0,254-0,995; $p = 0,048$).

CONCLUSIONES:

No hay relación entre ingreso prolongado y la necesidad de curas de enfermería y la dependencia funcional de base, en el ingreso o recuperada. La neumopatía crónica de base se relaciona con el ingreso prolongado, en cambio poder ser dado de alta a domicilio facilita el ingreso no prolongado.

P-342

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS Y DE CALIDAD EN LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

C Vélchez Rodríguez, F Moreno Collado, A Vélchez Rodríguez
Cruz Roja Española

PALABRAS CLAVE: non-technical skills-cardiopulmonary resuscitation-emergencies

OBJETIVOS:

Conocer la importancia de los factores humanos en la RCP y como promoverlos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión narrativa en las bases de datos Pubmed y Cochrane. La ecuación de búsqueda se llevó a cabo mediante operadores booleanos y de truncamiento, y los descriptores en ciencias de la salud: "Non-Technical Skills", "Technical Skills", "Cardiopulmonary Resuscitation" and "Emergencies". Se incluyeron trabajos en inglés y español publicados en los últimos 10 años. Y se excluyeron trabajos cuyo resumen no estuviera disponible y aquellos que no estaban relacionados con factores humanos en la resucitación.

RESULTADOS:

La búsqueda reveló 12 artículos. Sin embargo solo 7 cumplían nuestros criterios de elegibilidad. Los resultados indican que las habilidades técnicas y habilidades no técnicas están relacionadas entre sí. Las habilidades no técnicas son principios personales, sociales y conductuales, tales como liderazgo, distribución de tareas y comunicación, que junto a las habilidades técnicas ayudan a prestar al paciente un cuidado seguro y efectivo, e influyen directamente en la actuación del personal. Podemos destacar algunos principios que promueven habilidades no técnicas como: tener conciencia de la situación, toma de decisiones clínicas difíciles, trabajo en equipo dirigido por una persona que adquiriera el rol de líder, y gestión de tareas (coordinación, control y responsabilidad del equipo), entre otros. Es imprescindible seguir trabajando en esta línea para entrenar los factores humanos y así mejorar el rendimiento de los equipos de RCP.

CONCLUSIONES:

Distintos estudios muestran la importancia de las habilidades no técnicas, incluyendo liderazgo del equipo de reanimación, comunicación y toma de decisiones clínicas, para proporcionar una RCP de alta calidad.





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

P-343

ACTIVIDAD DE LOS RECURSOS AÉREOS EN CANARIAS

A Artero García (1), OD Duque de Luis (2), DM Fajardo Vázquez (3),
MM Morán Díaz (4), MJ de la Viuda Gil (5), C Laserna del Gallego (6)

(1) SUC 112. (2) Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.
(3) Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. (4) CCU Emergencias Sanitarias
CyL. (5) Emergencias SACYL. (6) Hospital Clínico de Valladolid

PALABRAS CLAVE: helicóptero-avión-emergencias

OBJETIVOS:

Conocer la actividad y la importancia de los RRAA del SUC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo, retrospectivo y observacional de la actividad de los recursos aéreos del SUC en el año 2016.

RESULTADOS:

El SUC en 2016 recibió 304.929 demandas sanitarias (DS), lo que generó 289.794 incidentes, siendo 112.753 (37%) emergencia y 85.769 (28%) urgencias sanitarias. De las DS, el 22% fué resuelto desde el centro coordinador y el 78% generó la movilización de recursos sanitario, lo que supuso la atención de 288.102 personas. Los dos helicópteros medicalizados, fueron activados en 998 ocasiones, media de casi 3 avisos al día. Siendo el AH40 el que más movilizaciones realizó con un 57.81% del total frente al AH30 con un 42.18% la que menos. El avión medicalizado realizó 648 transportes secundarios, media de casi 2 pacientes diarios trasladados entre el Archipiélago y la Península.

CONCLUSIONES:

La existencia de diversas clases de recursos aéreos es imprescindible en la CCAA de Canarias, permite dar respuesta a las emergencias sanitarias los 365 días del año, las 24 horas del día a pesar de las limitaciones que presentes la CCAA, acercando la asistencia sanitaria a cualquier parte de las islas y trasladando posteriormente a centros lejanos que puedan dar el tratamiento definitivo al paciente incluso fuera de la CCAA, lo que supone trasladar a la península. La excelente comunicaron entre los equipo del centro coordinador y los RRAA permite optimizar el uso de estos, garantizando eficacia y eficiencia y a su vez mejorar los tiempos de actuación y traslado.

P-344

GESTIÓN DE CAMAS EN URGENCIAS: PERCEPCIÓN PROFESIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

JM Yepes del Cerro (1), E López Pérez (1), V Díaz Ruipérez (1),
R Rubio Díaz (1), MJ Palomo de los Reyes (1), N Laín Terés (1),
C Muñoz García (2)

(1) Hospital Virgen de la Salud. Toledo. (2) Consejería Educación. CEIP Villa de Yuncos. Toledo

PALABRAS CLAVE: patient admission-organization and administration-quality of health care

OBJETIVOS:

Conocer la percepción que tienen los profesionales relacionados con la atención de los pacientes ingresados desde urgencias sobre la figura del gestor de camas (GC) y sus funciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza encuesta mediante la plataforma Google Forms, difundándose a través de grupos de mensajería y redes sociales a médicos y enfermeras de urgencias, supervisores de hospitalización y personal del servicio de atención al usuario (SAU). Los resultados se analizan mediante el programa SPSS v.20.

RESULTADOS:

Se obtienen 90 respuestas de las cuales 40% son enfermeras, 32,2% médicos, 12,2% supervisoras y 15,6% SAU. En términos globales el 98,9% conoce la figura del GC y de éstos, el 92,1% conoce sus competencias. Un 91% considera que disminuye el tiempo de espera en el servicio, el 60,7% cree que mejora la comunicación interprofesional y el 53,9% que economiza el espacio disponible. Además el 92,1% de los encuestados estima que permite conocer la situación real de las camas hospitalarias y que mejora la coordinación interhospitalaria (93,3%). Más del 90% recomendaría la implantación del GC en otros hospitales y ampliaría la gestión a días no laborables. La figura del GC está mejor valorada entre médicos.

CONCLUSIONES:

La valoración del GC por parte de los profesionales es considerada como muy positiva, aportando beneficios no solo de tiempo, sino también de espacio de los pacientes pendientes de ingreso en urgencias. Los profesionales perciben que se agilizan los circuitos hospitalarios y por tanto, repercute en la mejora asistencial del paciente urgente. Por nuestra experiencia, consideramos beneficiosa la existencia de esta figura y recomendaríamos su implantación en hospitales con gran carga asistencial.



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

P-345

LEAN HEALTHCARE. EXCELENCIA EN MODELOS DE GESTIÓN

A Navarro Caballero, M Portela García, D Fernández Llamas, MA Sánchez Ramírez

Hospital de Zafra (SES). Badajoz

PALABRAS CLAVE: eficiencia organizacional-administración hospitalaria-gestión de la calidad total

OBJETIVOS:

Dar a conocer el Lean Healthcare y mostrar los resultados de su implantación en España.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica y consulta a expertos en Lean.

RESULTADOS:

La Empresa Publica Hospital Alto Guadalquivir, aplicando Lean, implantó la Consulta Única en Consultas Externas, unificando en una sola consulta: valoración del paciente, exploraciones, diagnóstico y tratamiento el mismo día. La Fundación Hospital de Calahorra mediante los sistemas Kanban logró ahorrar el tiempo de reposición de material de 24 h a 2 h y consiguió un ahorro de materiales de 511.918 euros, además el retraso en la llegada de pedido pasó de un 88% a un 11%. El Consorci Sanitari Integral de Barcelona comenzó a implantar el Lean con una prueba piloto en el área de endoscopias, con unos resultados: mejora del ciclo de gestión del paciente, aumento de la calidad asistencial, disminución de interrupciones por errores, optimización del espacio de almacén y suministros del área, reducción de stocks en torno al 70%, incremento de la capacidad operativa y de la productividad del 20%, con una gran participación y satisfacción de los profesionales. Tras del éxito de la prueba piloto comenzaron a extender la filosofía Lean por toda la organización sanitaria.

CONCLUSIONES:

Son significativos los buenos resultados que se han conseguido con la implantación del Lean Healthcare a nivel sanitario, el éxito de esta metodología de gestión es debido a que soluciona problemas reales en el lugar de trabajo, con la participación de los profesionales y muestra resultados con gran rapidez. Si aplicamos Lean Healthcare a los servicios de urgencias la mejora en los tiempos de respuesta son abrumadores y la calidad asistencial percibida por los usuarios es valorada muy positivamente.

P-346

NIVELES DE RUIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: MEDICIÓN Y ENCUESTA DE PERCEPCIÓN

N Beltrán Rodríguez (1), S Hernández Cabrera (1), V Lorente Bajo (1), JM Moreno Murcia (1), M Expósito Rodríguez (2), G Burillo-Putze (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

(2) Universidad Europea de Canarias

PALABRAS CLAVE: ruido-calidad asistencial-seguridad clínica

OBJETIVOS:

Nuestros objetivos fue: cuantificar el nivel de ruido en un SUH, identificar los factores que lo producen en las zonas del SUH, y conocer la opinión de usuarios y profesionales sobre el ruido en Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizaron 2.400 mediciones secretas, utilizando un sonómetro (QUEST technologies, modelo 1900ME) en 20 zonas diferentes del SUH, en 6 franjas horarias (4, 8, 12, 16, 20 y 24 h) y en distintos días de la semana, entre julio y agosto de 2016. Posteriormente, se elaboraron los mapas de ruido del SUH con el programa Surfer. Paralelamente realizamos 100 encuestas a profesionales, pacientes y familiares, con ítems demográficos, profesionales, percepción de ruido, medidas para evitarlo e influencia en su concentración.

RESULTADOS:

El SUH analizado es ruidoso, con una media de 61,18 db. Los días más ruidosos fueron martes (62,52 db) y jueves (61,48 db). Las zonas más ruidosas fueron triaje y control del pasillo. Los horarios con más ruido fueron de 12-12:30 h (62,62 db) y de 20-20:30 h (66,85 db). El origen del ruido fue mayoritariamente por ruidos ambientales, temas sobre pacientes y cambios de turnos. El horario en el que se habla de otros temas en urgencias (viajes, ropa, sexo?) es el de las 4-4:30 h y en las zonas de office. La percepción de que el SUH es ruidoso la manifestaron un 94% de los encuestados. La mayoría reconocieron que el ruido más molesto es el ocasionado por las personas. Un 58% reconoció que se podría evitar el ruido y de las soluciones que aportaron fueron: modular el tono de voz (32%), tener conciencia de estar en un centro sanitario (22%) y mejorando el mantenimiento del aparataje (3%). Un 43% opinó que no había solución. Es más notable el ruido para el personal sanitario y pacientes que para el personal no sanitario.

CONCLUSIONES:

El SUH es un entorno ruidoso, con posibilidades de incorporar medidas para su disminución, lo cual mejora objetiva y subjetivamente la calidad asistencial.



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

P-347

¿EL PACIENTE NOTA DIFERENCIAS ENTRE LA ATENCIÓN DE UNA UCE JOVEN Y OTRA LONGEVA?

J Rodríguez Fernández (1), J Rodríguez Fernández (1),
R Comabella Pobes (1), M Carbonell Vita (1), P Fraguas Reverendo (2),
M del Olmo Morales (2), F Richard Espiga (2)

(1) Unidad de Corta Estancia de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge.
Barcelona. (2) Unidad de Corta Estancia de Burgos

PALABRAS CLAVE: satisfacción-paciente-UCE

OBJETIVOS:

Conocer las similitudes y diferencias del grado de satisfacción de los pacientes atendidos en dos unidades de corta estancia, una de nueva creación (UCE1) respecto a otra unidad (UCE2) de 20 años de experiencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo del resultado de las encuestas de satisfacción de dos Unidades de Corta Estancia (UCE1 y UCE2). Se elabora una encuesta de satisfacción basándose en un modelo validado y consensuado con las dos UCE. De carácter anónima y voluntaria en el periodo comprendido entre octubre-diciembre del 2016.

RESULTADOS:

En la UCE1 se recogieron 100 encuestas de satisfacción y en UCE2 fueron 200. Aproximadamente un 10% de los ingresos anuales de cada unidad. El perfil general del paciente, que ha participado en la encuesta de satisfacción, en la UCE1 predomina el 52% mujer vs. 57% en UCE2, la edad media del paciente es de 76 años en UCE1 vs. 74 años en UCE2. Con una estancia media en UCE1 de 2-3 días vs. UCE2 3-4 días. La valoración del funcionamiento de la unidad es puntuada como excelente el 42% tanto en la UCE1 como en la UCE2. Los pacientes determinan como excelente la Valoración global en la UCE1 62% y en UCE2 el 45%. Coinciden en las dos UCE las respuestas con menor puntuación siendo: la hostelería del hospital como el peor puntuado con un 85% en UCE1 vs. 88% en UCE2, la información recibida relacionada con las pruebas diagnósticas con un 85% vs. 51% en UCE2, y el control del dolor con un 89% vs. 83% en UCE2. Respecto a la información al alta hospitalaria se obtiene un 91% en caso de la UCE1 respecto a un 80% en caso de la UCE2.

CONCLUSIONES:

Los resultados son similares globalmente, observando una ligera disminución en los resultados de la UCE2. La atención recibida entre una unidades no influye en la satisfacción global del paciente ingresado.

P-350

PROYECTO ALERTA ESCOLAR EN BALEARES: HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA OPTIMIZANDO LA INFORMACIÓN

FJ Cotrino García, MJ Aloy Gallent, N Martínez Cuéllar,
FJ Cereceda Sánchez, A Ríos Juliá, MA Díaz Paradela,
P Montero París

Gerencia Atención Urgencias 061 Balears

PALABRAS CLAVE: atención prehospitalaria-educación continua-docentes

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia de casos de pacientes incluidos en el Programa desde su inicio. Valorar la impresión de los docentes que han sido formados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión del número de incidentes registrados en programa gestor SENECA como herramienta de trabajo en nuestra Central de Coordinación de Urgencias Médicas (CCUM) Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo desde 2014 en nuestra comunidad. Criterios de inclusión: Todos los incidentes cuyos pacientes sean niños incluidos en el programa, atendidos en el centro escolar. Criterios de exclusión: Los incidentes en los que no sea recogido como Alerta Escolar. Se hizo una descripción de variables clínico epidemiológico de los pacientes incluidos, con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

RESULTADOS:

A la espera de la consulta de estos datos al servicio de informática, se realizará una posterior revisión de los mismo para analizar los casos que precisaron ser derivados al hospital y cuáles de los mismos precisaron ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

La creación de proyectos para la atención urgente a pacientes susceptibles de presentar cuadros graves, permite indicar una respuesta más rápida al profesorado presente. Reforzado con una formación previa. Una vez iniciado el proyecto falta por determinar las acciones para el mantenimiento de la capacitación y la extensión de la misma al resto del profesorado.



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

P-351

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SERVICIOS DE URGENCIAS, ENTRE MÉDICOS Y ENFERMEROS, EN LOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE ARAGÓN

G Alonso Esteban (1), S Garcés Horna (2), T Barcelona Tambo (2), P Lopes Garzón (2), M García Tovar (1), B González Ariza (3), FM Arias Cruz (3)

(1) Hospital Clínico Universitario. (2) H.U. Miguel Servet. Zaragoza (3) H. Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza

PALABRAS CLAVE: seguridad clínica-enfermería-medicina

OBJETIVOS:

Analizar la percepción de cultura de seguridad del paciente en los hospitales de Aragón diferenciando dos grandes grupos: médicos y enfermeros, comparando los resultados para identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para obtener la información se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. La muestra la constituyeron 99 médicos y 172 enfermeros que desempeñan su actividad en los servicios de urgencias de los hospitales de Aragón. En el muestreo, por conveniencia, se buscó la participación de los profesionales que cumplieran dichos criterios. Estudio descriptivo, de corte transversal, con medidas de frecuencia para las variables categóricas.

RESULTADOS:

Se analizaron 271 encuestas. La variable con el mayor número de respuestas positivas en el grupo de médicos fue ¿facilidad/franqueza en la comunicación? (56%), mientras que en el grupo de enfermería se encontró en problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios? (70%). Enfermería valora con un 15% la percepción de seguridad, frente al 40% de la muestra médica. Las oportunidades de mejora en ambas muestras se centran en la percepción de poco concepto de apoyo de la gerencia y poca dotación de recursos humanos.

CONCLUSIONES:

La cultura sobre seguridad adecuada, es clave para evitar en los posibles la aparición de efectos adversos. Por ello es necesario desarrollar e implantar nuevas estrategias para evitar su repetición. Al analizar las encuestas globalmente se han encontrado diferencias en el clima de seguridad según el grupo estudiado. Una percepción más negativa en el grupo de enfermería y relativamente más positiva en la muestra médica.

P-352

EL ACOMPAÑAMIENTO ENFERMERO A LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE MURIERON EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU Y SANT PAU DURANTE EL AÑO 2016

C Beltrán Vilagrasa (1), J Leal Cebrecos (1), J París Giménez (2), MdM Pina Cobos (1), M Prieto Ferrer (1), C Jover Sancho (1), M Puig Capmany (1)

(1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. (2) Servicios Funerarios Barcelona

PALABRAS CLAVE: acompañamiento-enfermera-muerte

OBJETIVOS:

Describir el número de familias de las personas que fallecieron en el servicio de urgencias y que, fueron acompañadas por la enfermera gestora del proceso al final de la vida. Asimismo, determinar el tipo de acompañamiento que se les proporcionó según si la persona falleció de forma inesperada o previsible.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo que pretende analizar el número de familias de las personas que fallecieron en el servicio de urgencias y que, fueron atendidas por la enfermera gestora del proceso al final de la vida durante el año 2016 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (HSCSP). El acompañamiento se realizó siguiendo el modelo de Virginia Henderson, y se diferenció entre el acompañamiento en caso de fallecimiento inesperado o previsible.

RESULTADOS:

Durante el año 2016, la enfermera gestora del proceso al final de la vida atendió a 197 familias de personas que fallecieron en urgencias, que representaron el 54% de todas las familias atendidas en el HSCSP por parte de la misma enfermera y el 40% de los fallecimientos del Servicio de Urgencias. De las 197 familias atendidas en urgencias, se realizó un acompañamiento por fallecimiento inesperado en el 15% de las familias (n = 29) y un acompañamiento por fallecimiento previsible en el 85% (n = 168).

CONCLUSIONES:

El SU concentra un número alto de fallecimientos, y debe contar con protocolos específicos dirigidos a los pacientes y sus familiares. Por este motivo, el rol de la enfermera gestora en el proceso al final de la vida en este servicio es especialmente relevante. Durante el año 2016 un destacado número de familias de nuestro hospital se beneficiaron de los cuidados de acompañamiento.



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

P-353

EL TRIAJE COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE DERIVACIONES INADECUADAS AL SERVICIO DE URGENCIAS

MA García Briñón, P Calonge Loro, T Merino Díaz, E Vacas Tapia, A Chato Mahamud, E Fernández del Palacio

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfermero-triaje-urgencias

OBJETIVOS:

Estudiar la frecuencia y causas de atención en el triaje entre los pacientes derivados por parte de los médicos especialistas responsables de su seguimiento que podrían ser atendidos en otro circuito asistencial diferente a urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de una serie de casos con análisis transversal que se llevó a cabo en el SU de un hospital universitario de tercer nivel, entre 12 diciembre 2016 y 30 enero 2017. Se seleccionaron todos los casos identificados por la enfermería del triaje como un proceso derivado por un médico especialista, que según su criterio podría ser atendido en otro circuito asistencial. Se recogieron datos sobre el número y motivo de consulta a urgencias y día de atención.

RESULTADOS:

De los 13253 episodios atendidos en el triaje, se identificaron 326 (2.45%) casos como derivación a urgencias inadecuada. Como motivo de consulta, 160 (49%) casos fueron citados para revisiones oftalmológicas, 71 (22%) casos revisiones ginecológicas, 17 (5%) acudieron citados al área de traumatología y otros 11 (5%) a otorrinolaringología. 11 pacientes (3.5%) fueron remitidos desde consultas, 5 (1.5%) pasaron para adelantar su cita. Otros 45 (14%) pasaron por diferentes causas. 228 (70%) pacientes se trataron de lunes a viernes, mientras que 98 (30%) en fin de semana. Los sábados 70 (21,5%).

CONCLUSIONES:

Existe un número de derivaciones a urgencias por parte de los médicos especialistas que podrían ser atendidas en otro circuito asistencial diferente. Es necesario continuar revisando los circuitos de entrada al SU para disminuir o corregir un uso anómalo que pueda influir negativamente en el triaje y calidad percibida por el paciente.

P-361

PERFIL DE LOS PACIENTES PERDIDOS, NO INCLUIDOS, EN EL REGISTRO DE TRAUMA GRAVE DE NAVARRA

T Belzunegui Otano (1), B Ali Ali (1), M Fortún Moral (2), B Fernández Esain (1), D Reyero Diez (1), A Echarri Sucunza (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra. (2) Hospital de Tudela. Navarra

PALABRAS CLAVE: registro de trauma grave-missing patients-regresión logística

OBJETIVOS:

Conocer el número de pacientes no incluidos en nuestra base de datos a pesar de cumplir los criterios de inclusión e identificar las variables predictoras de dicha ausencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Aleatoriamente se seleccionaron dos meses de cada año de 2010 a 2014 (5 años). Posteriormente se analizaron todos los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias durante dichos meses y se detectaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión en la base de Trauma según el estilo unificado Utstein (New Injury Severity Score [NISS] > 15). Los pacientes que ya estaban correctamente incluidos en el TR fueron asignados al grupo ?incluido?, y los pacientes que no constaban en nuestro registro al grupo perdido. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para identificar predictores de dichas pérdidas.

RESULTADOS:

De un total de 200 pacientes, 32 (16% aproximadamente) fueron identificados como desaparecidos. Se definieron los perfiles característicos de los pacientes desaparecidos y se encontró que la RTS hospitalaria y el número de lesiones son predictores independientes para ser un caso ?desaparecido?, con un odds ratio ajustado de 1,8 [95% (1,09 -3,1) y 0,574 (IC del 95%: 0,428 - 0,770)] respectivamente.

CONCLUSIONES:

Hay un 16% de pacientes que no fueron incluidos en nuestro RT. Son pacientes con lesiones con poca repercusión fisiológica (RTS alto) y una única lesión (habitualmente hematoma epidural o subdural) correspondiente a ancianos que caen de su propia altura. Creemos que otras bases también pueden tener subregistros de este tipo. Es necesario redefinir en el contexto del estilo Utstein si este tipo de pacientes aunque cumplen criterios (NISS > 15) deben mantenerse para el análisis ya que habitualmente el tratamiento es conservador.



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

P-362

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DETECTADOS EN EL ÁREA OBSERVACIÓN POR UN FARMACÉUTICO

GRC Romero Candel, L Ródenas Herraiez, J Lucas Ibernón,
F Tejada Cifuentes, J Marco del Río, J Paya Berbegal
SESCAM

PALABRAS CLAVE: seguridad-errores medicación-gravedad

OBJETIVOS:

Analizar los tipos de EM y su gravedad, detectados por un farmacéutico en el área observación del Servicio de Urgencias (AOSU) de un hospital de 3.er nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio analítico, prospectivo de 4 semanas de duración, en el AOSU en horario de mañana. Variables a estudio: edad, sexo, motivo de ingreso, comorbilidades, medicación domiciliar y administrada en observación. El tipo de EM se clasificó según la American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) ?Guidelines on preventing medication errors in hospitals? y la gravedad según Taxonomy of medication errors de 1998 del Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). Se recogieron estos datos en una tabla Excel y se analizaron con el programa SPSS 20.0 ($p < 0,005$).

RESULTADOS:

El farmacéutico realizó intervenciones en 116 pacientes, la media de edad fue $71 \pm 16,4$ años y el 58% fueron hombres. Causas principales de la atención en urgencias: 28% cardiaca, 17% respiratoria, 13% digestiva, 8% neurológica. La media de comorbilidades fue $3,34 \pm 1,55$ por paciente. La media de medicamentos de su tratamiento domiciliario fue $7,6 \pm 4,25$ y el número medio de fármacos administrados en observación fue $5,4 \pm 4,25$. Se detectaron 205 EM con una media de $2,5 \pm 1,5$ EM por paciente. El tipo de error más común fue error en la prescripción (omisión de dosis, vía o frecuencia) con un 53,1%, medicación no prescrita 29,3%, dosis incorrecta 4,4%, transcripción incorrecta 3,4%, monitorización incorrecta 3%, otros errores 3%. Respecto a la gravedad el 42,2% de los errores alcanzó al paciente pero no lo produjo daño, el 41,2% no alcanzó al paciente, el 5,4% alcanzó al paciente y requirió monitorización, un 4,9% causó daño temporal al paciente y requirió intervención, 4% causó daño temporal al paciente y prolongó la estancia hospitalaria, 2% comprometió la vida del paciente y requirió intervención para mantenerlo con vida y otro 2% causó daño temporal al paciente. Los grupos de fármacos sobre los que se realizaron las intervenciones fueron: 30% cardiovascular, 18% respiratorio, 8% antibióticos.

CONCLUSIONES:

La presencia de un farmacéutico en el servicio de urgencias, permite detectar *in situ* errores de medicación potencialmente graves, pudiendo realizar recomendaciones y estimulando el desarrollo de programas de atención farmacéutica para su prevención.

P-363

ESTUDIO DESCRIPTIVO/RETROSPECTIVO DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA LEAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA

X Oncins Casanova, L Martínez Sañudo, S Rabadán, X Pérez,
M Maritza

Hospital Universitari Parc Tauli. Sabadell, Barcelona

PALABRAS CLAVE: organización-urgencias-traumatología

OBJETIVOS:

El objetivo es demostrar que los pacientes seleccionados y tratados con este sistema ven reducida la variabilidad en la atención y el tiempo de estancia hospitalaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El estudio ha sido retrospectivo, revisando las historias clínicas de los pacientes atendidos, previamente y posteriormente a la implantación del LEAN durante el periodo del mes de Enero del 2016 y del mes de Enero de 2017 en el servicio de urgencias. Todos los pacientes estudiados han sido atendidos en el área de urgencias de traumatología. Se han revisado el tiempo de estancia en urgencias de los pacientes previamente y posteriormente a la implantación del sistema.

RESULTADOS:

Tanto la media de tiempo como la variabilidad en la atención de los pacientes se ha visto reducida. Entre las medidas llevadas a cabo destacan: reubicación del material, mejora en la comunicación interprofesional, distribución de tareas, disminución de las interrupciones, estandarización de procesos y trabajo en equipo. La implantación del sistema se ha puesto en marcha por los mismos profesionales del hospital. Los responsables de la organización y de la implantación de los cambios, habían recibido formación previa.

CONCLUSIONES:

Dados los resultados del estudio, la mayoría de los pacientes ven disminuida la variabilidad y el tiempo de su atención médica, mediante las herramientas que se han acordado según el sistema LEAN.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-364

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ÉTICO-LEGALES
EN FACULTATIVOS DE UN SERVICIO DE URGENCIASMD Ferrer da Pena, MC Campos Gracia, A Sánchez Fraga, N Martí
Company, L Colt Sulfineau, A González Arias, ML Iglesias Lepine

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

PALABRAS CLAVE: legal-ética-evaluación

OBJETIVOS:

Descripción de los conocimientos que poseen los médicos que ejercen en el área médica de un Servicio de Urgencias (SU) sobre temas ético-legales, comparando por grupos, adjunto/residente, sexo, edad, años de ejercicio, formación adicional sobre el tema.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Diseño de una encuesta, anónima, voluntaria, confidencial e individual, con 20 preguntas tipo test con 4 respuestas posibles y sólo 1 cierta, 12 tratan temas legales, el resto cuestiones bioéticas, con orden aleatorio. Muestreo no probabilístico. Muestra: total de la población de facultativos (109) que ejercieron durante un año en el área médica de adultos del SU, 77 en formación y 32 adjuntos. Encuesta incluida en un cuestionario en el que se recogen datos socio-demográficos: sexo, edad, categoría profesional, años de ejercicio, lugar de formación, formación específica. De la encuesta obtendremos una puntuación final (score) en función del número de respuestas acertadas y 20 variables (correcto-incorrecto) en función de la respuesta emitida a cada una de las preguntas. Análisis estadístico descriptivo. Frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, medidas habituales de tendencia central para cuantitativas y T-Student o U de Mann-Whitney según utilidad. Se utilizó software IBM SPSS Statistics 2.

RESULTADOS:

Participación del 78,89%, 63,2% mujeres. Edad media 34,07, 51,7% menos de 5 años de ejercicio, 12 profesionales tenían formación específica. 19,5% con formación extracomunitaria, 64,4% eran residentes. Puntuación media 13,37 (DE 3,14) mínimo 6 aciertos, máximo 20. Sólo se encontraron diferencias significativas según el lugar de formación y en haber recibido formación específica. Existe una tendencia a responder mejor las preguntas de ética que las de legal.

CONCLUSIONES:

La nota media global, (score 13,27/20), superada por un escaso 46% de los encuestados, indica un conocimiento de los temas evaluados que podría considerarse insuficiente. Con una muestra de mayor tamaño se podrían haber obtenido resultados con mayor significación estadística. Deberían realizarse esfuerzos docentes y organizativos para mejorar la capacitación de los facultativos de nuestro SU en bioética I y Medicina Legal.

P-366

IMPLANTACIÓN DE UN HOSPITAL DE DÍA, EN EL MODELO
ORGANIZATIVO DEL SERVICIO DE URGENCIASJ Jodra Pérez, L Lapuerta Irigoyen, C De Torres Ortega, P Gualar Sola,
E Antolín Barrios, T Niarra Martínez, D Borobio Martínez

Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Soria

PALABRAS CLAVE: hospital de día-servicio de urgencias-gestión

OBJETIVOS:

Analizar la experiencia del HDDU (hospital de día de Urgencias) dentro del Servicio de Urgencias (SU), como complemento a las altas del propio SU, siendo también referente para las altas de la Unidad de Corta Estancia, y para tratamientos no oncológicos de otros servicios hospitalarios. La unidad dispone seis puestos diarios, y funciona todos los días de la semana de 8 a 22 horas. Para realizar el estudio contamos con los datos estadísticos recogidos, así como de las historias clínicas electrónicas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo cuantitativo sobre la actividad asistencial del HDDU del Hospital Santa Bárbara de Soria, desde enero de 2013 a diciembre de 2016.

RESULTADOS:

Desde enero 2013 a diciembre de 2016 se han atendido en el hospital de día de urgencias un total de 2925 pacientes. No ha existido diferencia significativa en cuanto a sexo. 1592 pacientes fueron remitidos por el propio SU. Los pacientes fueron remitidos para completar tratamientos parenterales que de otra forma habrían requerido hospitalización, evitado el colapso tanto de urgencias como el ingreso de pacientes. Destaca la administración de hemoderivados, hierro, corticoterapia y antibióticos entre otros. Se presentan gráficas explicativas.

CONCLUSIONES:

El hospital de día supone una alternativa asistencial a la hospitalización convencional, favoreciendo la continuidad asistencial y promoviendo una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los inconvenientes del ingreso ni la prolongación de la estancia hospitalaria. Evita el retorno de paciente a urgencias, y libera la actividad asistencial del propio Servicio. El Hospital de Día de Urgencias aporta ventajas para los pacientes, ya que las citas pueden programarse, de forma que permitan a los pacientes compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas. Con los años de funcionamiento, se ha convertido en servicio de referencia para todas las especialidades hospitalarias para tratamientos no oncológicos.



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

P-367

PLAN HOSPITALARIO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA

JF Peris Giner, J Fernández Campillo, JC Medina Álvarez,
E Cardona García, E Jimeno Lecina, C Mellado de Arteche

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

PALABRAS CLAVE: atención a la parada cardiaca-plan de atención a la parada cardiaca-resucitación cardiopulmonar**OBJETIVOS:**

Mejorar la atención a la parada cardiaca intrahospitalaria estableciendo mecanismos de mejora y actuando sobre los factores pronósticos susceptibles de modificación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estableció un sistema de activación fácilmente accesible desde cualquier área del hospital. Se establecieron Equipos de parada y se delimitaron las áreas de actuación. Se estandarizó la composición de los carros de paradas y se elaboró un protocolo de revisión y reposición del material. Estamos en proceso de integrar el actual registro de paradas en el sistema informático. Se ha iniciado la formación en SVB a todo el personal del hospital. Se ha establecido la formación en SVA para el personal de las áreas de mayor riesgo.

RESULTADOS:

Ha quedado establecido un sistema de activación mediante llamada telefónica accesible desde todo el hospital. Se han delimitado zonas actuación, quedando las áreas de hospitalización y quirúrgicas a cargo del equipo intensivos y las zonas comunes, radiología y consultas externas a cargo del equipo de urgencias. Todos los carros de paradas tienen la misma composición, lo que facilita su uso. Durante el año 2016 se ha dado formación en RCP básica al 56% del personal con previsión de tener a todo el personal formado durante 2017. Se han establecido dos cursos anuales de RCP avanzada dirigidos preferentemente a personal de los servicios de mayor riesgo.

CONCLUSIONES:

La atención a la parada cardiaca intrahospitalaria es un problema de primera magnitud. Hay factores pronósticos sobre los que se puede actuar como los tiempos de atención, formación del personal, constitución de equipos, estandarización de los carros de parada. El funcionamiento de una comisión de RCP integrada por los profesionales implicados y la elaboración de un Plan conjunto de actuación en la PCR son de vital importancia en la mejora de la atención a la parada intrahospitalaria.

P-368

HELITRANSPORTE MEDICALIZADO DESDE HOSPITAL COMARCAL

JI Paredes Trigueros, C Andonegui Mélida, C Morales Alcover,
S Torres Alves, A Waliño Pizarro

Hospital de Mendara. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: helicóptero-camillas para pacientes-transferencia de pacientes**OBJETIVOS:**

Generar un protocolo de uso rápido y seguro de la helisuperficie y formación del personal implicado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se consensua con el centro coordinador de emergencias el como ha de ser la activación del Helicóptero y en que situaciones. Se consensua con el personal del helicóptero el circuito hospitalario que garantice la seguridad del paciente y del personal hospitalario. Este protocolo implica a varios estamentos como son medicina, enfermería, celadores, mantenimiento y personal de seguridad. Se forma a los celadores hospitalarios en el manejo de la camilla especial que precisa el helicóptero. Para la formación de los celadores, se genera un manual de uso y un video demostrativo del uso de la camilla.

RESULTADOS:

Se ha generado un protocolo de activación del helitransporte para el traslado de pacientes a otros hospitales, y de como ha de ser la recepción y acompañamiento del personal sanitario del helicóptero, a su llegada a la helisuperficie del hospital, y posterior acompañamiento hasta el helicóptero, una vez transferido el paciente por el personal sanitario del Hospital. Se ha formado a todos los celadores del Hospital en el uso y manejo de la camilla especial y se ha difundido el protocolo entre el personal implicado. Se ha adquirido la camilla necesaria para el uso del helicóptero. Somos el primer Hospital Comarcal de Osakidetza en usar la helisuperficie para el helitransporte de pacientes.

CONCLUSIONES:

El disponer de un protocolo de actuación del helitransporte de pacientes y la formación del personal implicado así como su difusión, hace que este transporte se agilice y que pueda ser utilizado con más seguridad, para el paciente y todo el personal interviniente. El que el protocolo funcione puede hacer que sirva de ejemplo a otros hospitales comarcales al ser nosotros pioneros.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-369

¿TENEMOS EN CUENTA LA ESCALA DEL DOLOR EN URGENCIAS?

**L Campos Caubet, R González Peredo, M San José Ruiz,
MJ García Garaboa, A García-Lago Sierra, C Saiz Saiz**

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

PALABRAS CLAVE: dolor-analgésia-urgencias

OBJETIVOS:

1. Describir a escala de dolor que presentan los pacientes a su llegada y al alta. 2. Analizar la relación entre escala de dolor y analgesia pautada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se reclutaron los pacientes que acudieron a urgencias refiriendo dolor durante 24 horas. Se evaluó edad, sexo, escala del dolor a su llegada, si se les pautó analgesia, si se empleó la escalera o el ascensor analgésico. Se analizaron los datos empleando Epi info 7.

RESULTADOS:

De los 160 pacientes que acudieron lo hicieron por dolor un 56,25%. El 20% presentaban un 7 en la escala de dolor, un 10% un 10, y un 18,88% menos de 5. Se pauto analgesia en urgencias a un 42,22%. En un 39,47% el primer analgésico fue un AINE, en un 36,84% paracetamol. Un 7,89% recibió fármacos del tercer escalón como primera elección, todos pacientes con un EVA 10 y en un caso EVA 7. El 33,33% de pacientes con EVA 10 no recibió tratamiento. Con EVA menor de 4 recibieron tratamiento el 23,52%. En un 12,22% de los informes se reflejó el dolor al alta.

CONCLUSIONES:

Se observan pacientes con escala mayor de 4 sin tratamiento, porque se tuvieron en cuenta la escala y datos objetivos como el estado general. Se empleó la escalera analgésica en la mayoría de los casos, y sólo puntualmente el ascensor analgésico. Destaca la escasa utilización del segundo escalón, debido a la percepción de mala tolerancia al Tramadol. Solo en un pequeño porcentaje de informes consta el dolor al alta. Es importante emplear la analgesia adecuada, teniendo en cuenta la escala de dolor y datos objetivos, así como registrar el dolor a su llegada, durante el tratamiento y al finalizar este. Así podremos verificar la eficacia del tratamiento y tomar las decisiones oportunas.

P-370

ANÁLISIS DEL DOLOR COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS

**L Campos Caubet, M San José Ruiz, MJ García Garaboa,
R González Peredo, A García-Lago Sierra, B Ortiz Fraile**

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

PALABRAS CLAVE: dolor-analgésia-urgencias

OBJETIVOS:

1. Describir los pacientes que acuden por dolor a un servicio de urgencias. 2. Relacionar la valoración de la intensidad del dolor con los tiempos de espera. 3. Analizar el registro de la respuesta del paciente a la intervención analgésica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal de los pacientes adultos que acudieron refiriendo dolor al Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana durante 24 horas. Se recogieron datos como edad, sexo, características del dolor y tiempos de espera. Estos datos se analizaron utilizando el programa Epi info 7.

RESULTADOS:

Acudieron a urgencias 160 pacientes de los cuales el 56,25% lo hicieron por dolor. En cuanto al rango de edad un 20% eran jóvenes. En el 96,67% de los casos se trataba de un dolor agudo y un 61,25% de los pacientes refería su aparición en menos de 24 horas. La mayor parte fueron afecciones del sistema musculoesquelético (46,67%), seguidas de dolores abdominales (10%), patología urológica y ORL (6%). Si analizamos los tiempos de espera, el 92% de los pacientes fueron atendidos en menos de una hora. Los pacientes que referían en la consulta de triaje dolor intenso EVA 8-10 fueron el 28,89% y al 69,22% de ellos se le atendió en menos de 30 minutos de su entrada en urgencias. En un 12,22% de los informes se reflejó el dolor al alta.

CONCLUSIONES:

La valoración del dolor se realiza de forma correcta en el triaje, como resultado, los pacientes que sienten dolor intenso son atendidos con rapidez. Sin embargo, durante el resto de la estancia del paciente en urgencias, pocos profesionales registran si la intensidad o características del dolor varían. La valoración y manejo eficaz del dolor requiere la intervención interdisciplinaria coordinada, teniendo en cuenta la importancia de llevar a cabo una reevaluación periódica del paciente.



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

P-371

PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL

M Liñán López, A Pineda Martínez, E. Gómez García, JM Alonso
Morales, E Roca Fernández-Castanys, R Molina Ruano

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente-calidad-triggers

OBJETIVOS:

Analizar cómo se desarrolla dicho proceso registrando aquellas prescripciones de medicación potencialmente inadecuadas (PPI) como fuente de acontecimientos adversos futuros, es decir, incidentes que aún no han sucedido y, por tanto, no han producido aún daño en el paciente, es decir, nos centraremos en el análisis lo que la taxonomía ha venido a definir como *near misses*.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional transversal (de 1/12/16 hasta 1/2/17 inclusive). Se incluyen: pacientes mayores de 65 años con más de 5 prescripciones activas ingresados, por cualquier motivo de consulta, en el área de Observación (SUH grupo I).

RESULTADOS:

Se han analizado 154 pacientes con 986 prescripciones activas. Edad promedio del paciente: 76 años $\pm$ 11 años, (64% mujeres, 36% varones). Rango de fármacos en prescripción activa: 5-16 fármacos (9 fármacos/paciente). Según criterios de PPI, se han detectado 196 prescripciones potencialmente inadecuadas, repartidas en 145 según criterios STOPP y 51 según criterios START. Tiempo medio de estancia en Observación 35 horas $\pm$ 6 h. Motivos de ingreso: Síndrome confusional agudo, fractura de cadera, ictus isquémico agudo, reagudización de patología crónica, descompensación metabólica y/o hidroelectrolítica, síndrome febril.

CONCLUSIONES:

La revisión exhaustiva de la historia clínica del paciente en el ámbito de las urgencias y la aplicación de criterios validados internacionalmente en cuanto a PPI, puede suponer la detección de señales de alerta (*triggers*) que nos pongan sobre aviso de la posible aparición de eventos adversos potenciales en relación con la medicación, o bien, en la aparición de patologías (daño en el paciente) por omisión de prescripciones que precise el paciente. El lugar idóneo para realizar tal actuación pudiera ser el área de Observación por las características intrínsecas del trabajo de esta zona de urgencias, que permite una anamnesis detallada, revisando el historial clínico de forma exhaustiva, sin sobrecarga de trabajo sobreañadido a la presión asistencial inherente a los SU (el tiempo medio para aplicar los criterios es de 7 minutos).

P-374

INFORME DE SITUACIÓN DE LAS UNIDADES MEDICALIZADAS
DE EMERGENCIAS (UME) DE LA GERENCIA DE EMERGENCIAS
SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN

N López Cabeza (1), M Terán García (2), M Montanary Villar (1),
M De la Viuda Gil (1), M Morán Díaz (1), J Abia González (1),
J Martínez Bausela (1)

(1) Gerencia de Emergencias Sanitarias. (2) Gerencia de AP de Cantabria

PALABRAS CLAVE: emergencias-información-indicadores

OBJETIVOS:

Descripción del informe de situación de las UMEs. Se realiza con periodicidad mensual y sus objetivos: - Conocer la actividad asistencial realizada por cada UME. - Definir y establecer los indicadores de calidad y estándares de funcionamiento de los recursos móviles avanzados. - Seguimiento del Plan de Gestión de la GES.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se muestra el diseño de un informe de situación. Desde 2012, se trabaja en el diseño del Sistema de Información de la Gerencia de Emergencias Sanitarias (SIGES), creando en 2014, el Informe de Situación de las UMEs. El contenido del Informe de Situación tiene la finalidad de conocer los datos globales de actividad de la UME, su evolución y tendencia, conocer los indicadores de tiempo, en un servicio en el que la rapidez es sinónimo de calidad, y la casuística de cada UME.

RESULTADOS:

Mensualmente se remiten a los profesionales de la GES para el conocimiento y gestión de los incidentes. Consta de: - Datos globales - Resolución de incidentes - Indicadores de gestión de tiempo, con los índices ajustados por trayecto - Tiempos de estabilización de los Servicios de Especial Seguimiento (SES) - Diagnósticos más frecuentes.

CONCLUSIONES:

El SIGES en general y el Informe de Situación de la UMEs en particular ha permitido a los profesionales sanitarios conocer los datos de su actividad asistencial, sus estándares y evolución, además del cumplimiento de los mismos. Permite la comparación entre UMEs y la comparación con un patrón a través de los indicadores ajustados por trayecto, constituyendo una herramienta importante de gestión y conocimiento.



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

P-375

RELLAMADAS A LAS 24 HORAS EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS (CCU) DE LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN

N López Cabeza (1), M Terán García (1), M Montanary Villar (2), E Domínguez Sánchez (1), L Bausela Municio (1), J Abia González (1), G Gómez Valtueña (1)

(1) Gerencia de Emergencias Sanitarias. (2) Gerencia de Atención Primaria de Cantabria

PALABRAS CLAVE: emergencias-coordinación-llamada

OBJETIVOS:

Estudio descriptivo de las rellamadas que se producen en el CCU durante el mes de enero de 2016, en las 24 horas siguientes, cualquier que sea el motivo, con el objetivo de conocer el número y motivo de las mismas. Como audit de calidad de la respuesta del CCU a la demanda, y medida indirecta de la respuesta de otros niveles asistenciales. Se excluye las llamadas de demanda asistencial realizadas por Atención Primaria (AP) y demanda de traslados interhospitalarios, también se excluyen las llamadas de consulta pediatra, objeto de cómputo diferenciado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante el mes de enero de 2016, se monitorizan las llamadas en las que el mismo paciente consulta por segunda vez por cualquier motivo y en las 24 horas siguientes a la primera demanda asistencial. El cálculo se realiza sobre 11.579 llamadas asistenciales, de las que 7.577 llamadas de AP, 549 de traslados y 2.186 de consulta pediátrica.

RESULTADOS:

Se ha realizado rellamada en 74 ocasiones, el 0,63% de la demanda asistencial. Los motivos: - Dolor 17, 23% - Traumatismos 10, 14% - Síntomas cardio respiratorios 9, 12% - Pacientes psiquiátricos 8, 11% Las llamadas por dolor y traumatismos, constituyen el 36%, destacando que 9 pacientes, el 33%, son terminales o neoplásicos. En el 70% de los casos, la solución adoptada por el CCU, se repite en la segunda ocasión. En el caso de la consulta pediatra, se observa rellamada en 26 ocasiones, el 1,18%, siendo la única causa, la fiebre en el niño.

CONCLUSIONES:

El porcentaje de rellamada obtenido es muy escaso e inferior a los estudios publicados en otros niveles asistenciales, a las 72 horas. Es destacable, el dolor como causa principal de rellamada, y el porcentaje de pacientes terminales. La consulta pediátrica, a pesar de el porcentaje escaso, se aproxima al doble del resto de llamadas.

P-376

UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL TRIAJE TELEFÓNICO DE LOS CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CCUE)

A Caballero García (1), M Ruiz Montero (2), P Fernández del Valle (3), JM Álvarez Rueda (3), E González Sabio (3), MJ Sánchez Marín (3), E Sánchez Ropero (3)

(1) EPES 061 Sevilla. (2) EPES. (3) FISEVI

PALABRAS CLAVE: call center-triaje telefónico-coordinación sanitaria

OBJETIVOS:

Evaluar el triaje telefónico. Diseño de una herramienta para la validación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de la herramienta de evaluación del triaje. Nos planteamos los elementos claves que necesitamos para ello. Grabadora y producción de todas las llamadas relacionadas con el caso, Copia de la pantalla del caso donde quedan registradas todas las medidas manuales que se realizan durante la gestión del caso. Por último diseñamos una gradilla de evaluación donde quedan registradas todas las preguntas realizadas por el operador con un combo de evaluación S/N/E. Todas las evaluaciones se realizan a doble investigador.

RESULTADOS:

Una vez diseñada la herramienta se realiza pilotaje de la misma y se demuestra su utilidad: Permite conocer si la operadora ha elegido bien la puerta de entrada. Nos da un porcentaje de utilización de la guía de triaje. Valida el plan pregunta a pregunta por lo que podemos detectar aquellas preguntas mal formuladas, que no aporten información o que por su complejidad no sea entendida por los usuarios.

CONCLUSIONES:

Hemos creado un grupo de investigadores que en un futuro inmediato realizarán validación de las distintas guías de triaje También se utilizará esta herramienta para auditoría de la coordinación, pudiéndose definir indicadores de calidad que hasta ahora no se podían medir.



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

P-377

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

V Martínetti, I Saura García, FM Parra Martínez, RA Pérez Costa,
I Martínez Nicolás, JA Serrano Martínez

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: urgencias-observación-procedimientos

OBJETIVOS:

Descripción de las patologías más frecuentes que entran en la SOU, destino final de estos pacientes, tiempo de estancia, servicios donde ingresan y técnicas utilizadas. Analizar si existen diferencias según día de la semana o turno de trabajo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron los pacientes que entraron en la SOU durante 3 semanas consecutivas en un turno de trabajo distinto cada semana. Las variables fueron edad, sexo, tiempo de estancia, destino del paciente, procedimientos, diagnóstico, día de la semana y turno de trabajo. Se realizó estadística descriptiva y tablas de contingencia, con el estadístico chi cuadrado.

RESULTADOS:

Se incluyeron 184 pacientes (11,18% de los pacientes atendidos en urgencias). La edad fue $68,90 \pm 20,65$ años, 53,8% hombres y 46,2% mujeres. El viernes fue el día con más pacientes (16,8%). El tiempo de estancia fue $8,05 \pm 6,20$ horas. Un 20,7% fueron a domicilio, 69,6% ingresaron en planta, 3,3% ingreso en UCI, 5,4% traslado a otro hospital y 1,1% exitus. El 37,95% ingresaron a medicina interna, 11,67% cirugía y 9,48% oncohematología. Se realizó paracentesis a un 2,4% de pacientes, toracocentesis 1,1%, Ventilación mecánica no invasiva al 3,8% e intubación orotraqueal al 1,1%. Los diagnósticos más frecuentes fueron insuficiencia cardiaca (11,4%), neumonía (10,9%), EPOC y otras infecciones respiratorias (9,8%), Precisaron cirugía urgente 9,2% de los pacientes. El sábado es el día que menos se ingresa (40%) y en el turno de tarde cuando más se ingresa.

CONCLUSIONES:

1. La patologías mas frecuentes atendidas en la SOU son la insuficiencia cardiaca y las infecciones respiratorias, y EPOC reagudizados. 2. EL 80% de los pacientes que ingresan en la SOU terminan ingresados o trasladados a otro hospital, siendo medicina interna y cirugía los servicios con mas ingresos 3. El tiempo medio de estancia en la sala es de 8 horas. 4. La paracentesis evacuadora y la ventilación mecánica no invasiva son las procedimientos mas utilizados. 5. No encontramos diferencias significativas de asistencia por día de semana o turno de trabajo.

P-378

PERFIL DE RIESGO Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN EL MÉDICO PRESCRIPTOR Y LA HERRAMIENTA DE PRESCRIPCIÓN

FJ Martín Sánchez, C Bilbao Gómez-Martíno, A Nieto Sánchez,
C Fernández Pérez, MP Pacheco Ramos, MI Borrego Hernando

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos

PALABRAS CLAVE: conciliación de la medicación-errores de medicación-seguridad del paciente

OBJETIVOS:

Estudiar la frecuencia y el perfil de los pacientes ingresados que tienen mayor riesgo de EC y si las prescripciones originadas por los médicos de urgencias (MU), mediante una herramienta de prescripción electrónica de texto libre, presentan más EC que las realizadas por los médicos responsables de la planta de hospitalización (MPH) con un programa de prescripción electrónica asistida.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de una serie de casos prospectivos con análisis transversal que incluyó por oportunidad a pacientes ingresados en plantas de hospitalización convencional de los Servicios de Medicina Interna, Geriátrica y Oncología durante un periodo de 6 meses. Los EC detectados por un farmacéutico se analizaron en función de los factores de riesgo teóricos y del responsable de la prescripción (MU frente a MPH).

RESULTADOS:

Se incluyeron 148 pacientes, 68 (45,9%) con prescripción procedente de los MU y 80 (54,1%) de los MPH. El farmacéutico detectó 303 EC y 113 (76,4%) pacientes presentaron al menos un EC. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el responsable de la prescripción conciliada. Los factores de riesgo asociados a EC fueron la polimedicación [OR 3,4 (IC95%: 1,2-9,0, p=0,016)] y el tener pluripatología en el grupo de pacientes con edad inferior a 80 años [OR 3,9 (IC95%: 1,1- 14,7, pinteracción=0,039)].

CONCLUSIONES:

La frecuencia de EC es elevada indistintamente de si el responsable de la prescripción fue el MU o el MPH. El perfil de pacientes con mayor riesgo de EC en nuestra muestra fueron los polimedicados y los menores de 80 años con pluripatología.



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

P-379

METORRAGIAS EN EMBARAZADAS DEL PRIMER TRIMESTRE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. REVISIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL**El Delgado Padial, AB García Soto, S Maloparac, MJ Descalzo Pulido***Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga***PALABRAS CLAVE:** metrorragia (metrorrhagia)-primer trimestre del embarazo (pregnancy trimester, first)-urgencias médicas (emergencies)**OBJETIVOS:**

Revisar y evaluar indicadores de calidad establecidos según protocolo, y comparar con años anteriores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo observacional. Revisadas 84 historias clínicas con diagnóstico al alta de Metrorragia del primer trimestre, codificadas según CIE-9, atendidas año 2016, desde 1-enero-16 hasta 30-noviembre-2016.

RESULTADOS:

De las 84, 81 (96.7%) las constantes fueron registradas correctamente, 84 (100%) recogieron los APM+GO, 84 (100%) registraron FUR, 81 (96.4%) se reflejaron características del sangrado, 84 (100%) reflejaron Expl.A-G, 84 (100%) solicitaron correctamente analítica (52(62%) SI se solicita según protocolo y 32 (38%) NO según protocolo), Alta o IC- Gine según protocolo en 84 pacientes (100%): 73 (86.9%)IC y valoración por Ginecólogo, y de esas, 30 (41%) fueron abortos, y Alta según protocolo a 11 (13%), de esas, 4 (36%) volvieron en próximas horas o días, diagnosticándose abortos. Tratamiento al alta informe-urgencias: dato no valorable pues la mayoría fueron altas desde ginecología. Comparando años anteriores: Recogida constantes:2016-96.4%, en 2015 y 2014 dato no fue revisado, APM y G-0: 2016-100%, 2015-95%, 2014-95%, FUR: 2016-96.4%, 2015-100%, 2014-95%, Caract.Sangrado: 2016-100%, 2015- 100%, 2014-100%, Expl.A-G: 2016-100%, 2015-100%, 2014-95%, Analítico: 2016-100%, 2015-95%, 2014-100%, Alta o IC-Gin: 2016-100%, 2015- 100%, 2014-95%.

CONCLUSIONES:

En 2016 seguimos mejorando recogida de datos en historia clínica, exploramos mas a las pacientes o lo dejamos reflejado en la historia. En general hemos mejorado en los últimos años el cumplimiento del protocolo, pero en gestantes hay alto porcentaje de abortos que se dan alta en primera asistencia urgencias, así que tenemos que revisar el protocolo para realizar siempre en primera visita a urgencias valoración obstétrica.

P-380

EFICACIA DEL TRIAJE DE MANCHESTER PARA IDENTIFICAR CASOS DE SEPSIS GRAVE**JC Medina Álvarez, R Santillán Saco, J Peris Giner, R del Río Navarro, N Meléndez Cáliz, JF Díaz Chicano***Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante***PALABRAS CLAVE:** sepsis-triaje-eficiencia**OBJETIVOS:**

Analizar si el MTS es capaz de detectar los casos de sepsis SUE del Hospital de Torrevieja.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza un estudio Observacional, Transversal, Retrospectivo, Descriptivo de los datos de pacientes atendidos por el SUE en el periodo 2008-2015, con CIE-9 relacionado con Sepsis. Se analizan las variables de edad, sexo, diagnóstico, prioridad inicial, diagrama, discriminador y tiempo hasta la atención.

RESULTADOS:

Durante el periodo estudiado se analizan 904 pacientes. Se eliminan 132 (14,6%) por registros incompletos del MTS. La distribución por diagnósticos fue: 1,3% bacteriemia-septicemia, 35,2% Síndrome de respuesta inflamatoria con disfunción, el 56,3% sin disfunción y el 7,1% Shock séptico. El 56,6% fueron varones. La edad media 73,0±14,9 años. (Rango 1-103). Mediana 75 años. El 1,4% eran menores de 30 años, el 13,7% entre 31-60 y el 84,8% mayor de 61 años. Se le asignaron prioridades: Rojo 27,7%, Naranja 54,1%, Amarilla 18% y 0,1 verde. Se utilizaron 25 diagramas y 90 discriminadores diferentes. El tiempo medio de espera para ser atendido fue de 22,2±21,5 minutos. El 4,8% esperó más 60 minutos para ser atendido

CONCLUSIONES:

El MTS es eficaz en la detección de los pacientes con sepsis, ya que al 81,8% se le asigna prioridades muy altas, el 95,2% fue atendido dentro de la primera hora. Aunque no presenta un diagrama específico para la sepsis. El MTS ofrece varias vías para asignar la prioridad dependiendo de la necesidad clínica del paciente y ser atendido precozmente.



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

P-381

DESARROLLO Y COORDINACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR SOBRE MÉTODOS Y PROCESOS EN EL BOX VITAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS**J Calatrava Sánchez, E Rodríguez Adrada, A González Pizarro, R García González, A Serrano Escobar, LN Ruiz Huarca***Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid***PALABRAS CLAVE:** hospital emergency services-healthcare quality assurance-assessment, process (health care)**OBJETIVOS:**

Creación, desarrollo y coordinación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la actualización de procesos referentes al box vital del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

A partir del personal del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se configuró un grupo multidisciplinar integrado por 7 médicos, 7 enfermeros, 2 auxiliares de enfermería, 2 celadores y 1 responsable de información a familiares. Se establecieron reuniones bimensuales. Se definieron las siguientes áreas de mejora: revisión del protocolo de actuación del box vital, identificación de oportunidades y estrategias de mejora en los procesos asistenciales, identificación de necesidades y expectativas de los pacientes.

RESULTADOS:

En el primer semestre de vigencia y de acuerdo a las áreas de mejora definidas se actualizó el protocolo de actuación en el box vital, se implementaron la dotación, organización y revisión de los 2 puestos del box vital y se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para medir las características de la población y la patología emergente atendida en el servicio de urgencias de nuestro centro.

CONCLUSIONES:

La formación de un grupo de trabajo multidisciplinar contribuyó a la mejora en la actualización del protocolo del box vital vigente en el Servicio de Urgencias del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Se identificaron oportunidades de mejora en los procesos asistenciales que configuraron líneas de trabajo para la dotación, organización y revisión del box vital. La continuidad del grupo de trabajo permitirá en el futuro el análisis estadístico de la patología emergente y la población atendida en nuestro servicio de urgencias.

P-386

¿ES NECESARIA UNA ESTRATEGIA DE DECONSTRUCCIÓN EN TORNO AL MANEJO URGENTE DE LA LUMBALGIA NO TRAUMÁTICA?**M Liñán López, F Sabio Reyes, E Puga Montalvo, F Santamarina Carvajal, Z Issa Khouzou, JM Martín Mora, A Bedmar Marchant***Hospital Campus de la Salud de Granada***PALABRAS CLAVE:** lumbalgia-urgencias-calidad**OBJETIVOS:**

Analizar los pacientes atendidos por lumbalgia no traumática bajo la perspectiva de la medicina basada en la evidencia (MBE), comprobando si se ajustan a las recomendaciones ¿do not do? del National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional transversal en SUH de tercer nivel, durante el mes de Febrero 2017. Se recogieron datos de filiación, derivación y tiempo evolución, presencia signos alerta y estudios realizados.

RESULTADOS:

En este periodo se atendieron un total de 12.673 personas, consultando por lumbalgia no traumática 6,7%, con proporción 2 varón:1 mujer, siendo predominante grupo etario 35- 45. El 73% acudieron de *motu proprio*. El tiempo de evolución clínica promedio era 8 días (rango 1,5-28). Los signos de alerta de NICE estaban presentes en solo 4,8% casos. La recomendación NICE de no realizar estudio radiológico se siguió en 64%.

CONCLUSIONES:

En nuestro SUH, el dolor lumbar no traumático es un motivo de consulta frecuente, cuya atención, bajo la perspectiva MBE, se realiza de acuerdo con criterios de calidad en la mayoría de pacientes. Según las guías NICE, se produce un índice de sobrediagnóstico (radiología simple) que puede generar sobretratamiento (iatrogenia). Esto induce a una reflexión e incluso a pensar en estrategias de deconstrucción de dicha patología en SUH.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-388

URGENCIAS, ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL (ADI)
Y CRONICIDAD: UN EXCELENTE EQUIPO

A Moreno Pena, A Vena Martínez, C Llobet Pina, A López Fernández,
O Yuguero Torres, A Marí López

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: atención domiciliaria-cronicidad-urgencias

OBJETIVOS:

Descripción de los pacientes con perfil de cronicidad derivados desde Urgencias a la Unidad de Hospitalización domiciliaria integral tras el establecimiento de un circuito de derivación junto con el análisis de la franja horaria mas frecuente, diagnósticos habituales de derivación y causas de denegación de ingreso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo-descriptivo de Enero16-Diciembre16 de todos los pacientes derivados desde Urgencias-ADI. Evaluación perfil demográfico, perfil cronicidad, valoración integral, diagnostico principal, horario derivación, denegación ingreso.

RESULTADOS:

N146. Edad (84±4.5DS). Sexo 0.9 V/M. Valoración geriátrica integral I. Barthel 57% IB?60, T. Pfeiffer 53.75% <4 errores. Demencia diagnosticada: 32% (50% degenerativa). Síndromes geriátricos mas frecuentes (polifarmacia 92%,disfagia 19%, delirio hipoactivo 7.5%). Cuidador principal 67% cónyuge. Perfil cronicidad 67% paciente crónico (PCC) con I. Charlson > 3: 76% (I.Ch4: 17,50%, ICh6: 35%). Procedencia: 27% Residencia. Franja horaria derivación >fr 14 h-21 h. Diagnóstico >fr:EPOC>ICC>ITU. Denegación ingreso 2% >fr rechazo del cuidador.

CONCLUSIONES:

1. La Hospitalización domiciliario integral es una alternativa al ingreso convencional desde S. Urgencias para los pacientes con perfil de cronicidad. 2. La inclusión de la Valoración integral como herramienta de trabajo permitió definir mejor al paciente candidato a ingreso. 3. El pacientes respiratorio crónico con alta multimorbilidad, polifarmacia y moderada discapacidad funcional fue el perfil mas frecuente de ingreso.

P-389

REGISTRO DE CASOS DE MALOS TRATOS EN MENORES DE EDAD
EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO (2012-2016)

C Gil López, C Fernández Alonso, R Castro Martínez,
P Serrano Cuesta, L Gallego Deike, A Santiago Sáez, MT Martín Acero

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: registro-maltrato infanto-juvenil-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Describir las principales características de los casos registrados de violencia en pacientes menores de edad en un hospital terciario en el último lustro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva de pacientes con menos de 18 años de edad identificados como posibles casos de violencia y MT entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Clínico San Carlos. Se recogieron los datos incluidos en un formulario estandarizado y aprobado por la Comisión Contra la Violencia (CCV) disponible en la intranet del hospital.

RESULTADOS:

De los 296 casos registrados, 48 (16,2%) fueron identificados como posibles casos de maltrato infanto-juvenil. En éstos: 35 (72,9%) fueron registrados en el SUH. Perfil de la víctima: 37 (77,1%) nacionalidad española. 10 (20,8%) presentaban minusvalía física y 4 (8,3%) psíquica. Una (2,1%) paciente estaba embarazada. Principal tipo de Violencia detectado: 18 (37,5%) Abuso Sexual, 16 (33,3%) MT físicos, 7 (14,6%) Negligencia o abandono y 7 (14,6%) MT psíquicos. En 25 (52,1%) fue el primer episodio de violencia. El presunto responsable de MT es en 35 (72,9%) casos un familiar ascendiente directo que convive con el menor en 23 (47,9%) ocasiones. En 28 (58,3%) casos se emitió parte de lesiones urgente al juzgado de guardia y en 5 (10,4%) casos se tomaron medidas de protección en el propio centro. Personal que emite el registro: 23 (47,9%) Trabajadora Social, 20 (41,7%) médico y 5 (10,5%) enfermería.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente uno de cada seis casos de MT detectados son menores de edad. La mayoría de registros son realizados por Trabajadora Social en el SUH. El perfil habitual de la víctima es el de un paciente vulnerable que sufre por primera abuso sexual o MT físicos por parte de un familiar ascendiente. En la mayoría de ocasiones se toma algún tipo de medida de protección.



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

P-390

PROYECTO PARA EL MANEJO EFICAZ DEL PACIENTE ANCIANO EN URGENCIAS

C Alfaro Gómez, ME Serrano Selva, FJ Coloma Mancebo,
L Lagúa Almansa, JL Navarro López, J Monedero La Orden,
EC Gómez Cuenca

Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: anciano frágil-triaje-evaluación geriátrica

OBJETIVOS:

Objetivo principal: Reducir los tiempos de permanencia, en el Servicio de Urgencias de la Gerencia de Atención Integrada de Almansa, para los pacientes de 85 y más años, mediante la puesta en marcha de un circuito tiempo-dependiente. Objetivos secundarios: Optimizar todos los procesos asistenciales que se relacionan con la atención al paciente anciano desde su solicitud de atención hasta el alta del paciente del Servicio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El estudio de frecuencias realizado, proporciona la información necesaria para diseñar un circuito dirigido a pacientes de 85 y más años. Para alcanzar los objetivos expuestos, analizamos una muestra de 57 pacientes de 85 y más años, que han acudido al Servicio de Urgencias del Hospital de Almansa, entre el 11 de Julio de 2016 y el 21 de Julio del mismo año.

RESULTADOS:

La edad media de la muestra fue de 89.3 años, con un 56.1% entre 85 y 89 años y un 10.5% con 95 y más años.

CONCLUSIONES:

A partir de los datos anteriores se ha diseñado un circuito en el Hospital General de Almansa que posibilita detectar los pacientes frágiles mediante el test TRST adaptado realizado en triaje. A estos pacientes se le asegura una confortabilidad pasándolos a cama en boxes especiales, se les realiza valoración geriátrica y se decide o bien alta o ingreso en OBS o planta en 3 horas.

P-391

DISCRIMINADORES DE TRIAJE VS. DIAGNÓSTICOS Y DESTINOS

P Mayán Conesa, M Lois Rodríguez, L Carrajo García,
M Ferreira Gómez

Hospital A Coruña

PALABRAS CLAVE: triage-intensive care-validation

OBJETIVOS:

El objetivo es validar el uso de triaje en el paciente considerado crítico o de prioridad I, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel, en base al diagnóstico al alta y/o el resultado final de la actuación por parte del Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogen todos los pacientes clasificados como Rojos: Prioridad I en el año 2016. Se recoge el diagnóstico codificado al alta hospitalaria si se ha producido el ingreso, el fallecimiento o el alta desde el propio Servicio. Se valora la falta de inclusión en el Sistema informatizado de triaje (Alert) en la versión utilizada de los diferentes códigos que se activan fuera del sistema: Progaliam (Código Infarto), Código ictus (ambos del área) y el código sepsis (propio del hospital).

RESULTADOS:

De un total de 1301 paciente ubicados en el área de críticos, los discriminadores utilizados en el 99,23% de los casos fueron: Crisis convulsiva (1,92%) Hemorragia (2,31%) Hipoglucemia (1,38%) Respiración inadecuada (36,74%) Shock (31,90%) Vía aérea comprometida (24,98%). Se han estudiado todos los diagnósticos al alta de los pacientes, y se han correlacionado con el discriminador y la anotación manual de enfermería en el sistema de Triage. Se han obviado los pacientes que han sido alta desde el propio servicio de urgencias (49 pacientes-3,77%) y los exitus sin ingreso en otra unidad (77-5,92%).

CONCLUSIONES:

Se objetiva un número de activaciones de Prioridad I fuera de sistema de Triage tan elevado, que parece que en nuestro entorno, la activación de la prioridad I es una decisión personal/clínica al existir un Coordinador de Triage (facultativo). La limitación en la codificación del diagnóstico en urgencias es un factor limitante en el estudio. Hay relación entre el diagnóstico del paciente y el discriminador utilizado en su clasificación. Los códigos externos (IAM e Ictus) funcionan de forma correcta. El código interno (Sepsis) no se activa de forma habitual, salvo en un pequeño porcentaje de los casos (esta en fase de revisión actualmente las sepsis ingresadas triadas con prioridad 2 y 3 (por tanto no detectadas) y serán incluidas en esta comunicación.





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

P-392

PRIMEROS RESULTADOS DE UNA GESTIÓN TIPO **FAST TRACK** MULTIDISCIPLINAR APLICADA A UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

**E Muñoz Triano, P Villar Candelas, P Palomera Rufo,
E País Rodríguez, A Gutiérrez García, S Rodríguez Perut,
C Díaz Sánchez**

Hospital Nuestra Señora de América. Vithas. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergency medical services-practice management, medical-clinical governance

OBJETIVOS:

Mejorar: tiempos de respuesta asistencial/asegurar gestión de la seguridad/satisfacción del paciente-acompañante en nuestra UUH, planificando/implantando/evaluando un modelo de gestión clínica Fast Track Multidisciplinar (FTM) en fase piloto: todo tiempo/todo recurso es útil.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

ENTORNO: impulsado por dirección-gerencia/Urbano/Hospital general/25- especialidades. PERIODOS(P): P-I(19-1-2016/21-3-2016/ Urgencias Totales Atendidas(UTA) 16.468/media=265.61 urgencias-24 horas/media acumulada S- D-L 7.817(48.42% UTA)/11:00 h-23:00 h, cobertura 77.4% UTA/466 ingresos (2.82% UTA)/10 puestos tratamiento-observación/1 cama-críticos/Modelo asistencial convencional-secuencial). P-II(19-1-2017/21-3-2017/UTA 16.141/ media=260.33 urgencias-24 horas/media acumulada S-D-L 7.795 (48.29% UTA)/11:00 h-23:00 h, cobertura 77.9% UTA/499 ingresos (3.09% UTA)/10 puestos tratamiento-observación/1 cama críticos/ Modelo asistencial FTM-PILOTO). TIPO DE ESTUDIO: descriptivo/ longitudinal/prospectivo. DEFINICIÓN FTM-PILOTO: evaluación clínica e intervención diagnóstico- terapéutica universal *in situ* para el paciente durante el triaje no estructurado y multidisciplinar (médico-senior/enfermera-nurse practitioner/auxiliar clínica/admisión) que genera: rutas directas que cumplen estándares de seguridad según Joint Commission International/responsables sanitarios/destino final, previsibles-flexibles. APLICABILIDAD-INTERVENCIÓN: modelo con estructura propia de gestión clínica FTM-PILOTO/P-II/11:00-23:00 horas/siete días/semana/62 días consecutivos. UUH general (traumatología/médico-quirúrgica polivalente/oftalmología/otorrinolaringología/pediatría). Adaptación del cómputo global de horas de trabajo asistencial/semana, en función de la presión asistencial/jornada 24 horas. P-I: 997 horas/semana con un índice de cobertura horaria (ICH) 5.93 horas asistenciales/60 minutos. P-II 1022 horas/semana con ICH 6.03 horas asistenciales/60 minutos. CRITERIOS DE MEJORA: tiempos medios de primera asistencia, tiempos medios de estancia, tiempos medios de alta-ingreso, reclamaciones-felicitaciones, encuesta telefónica de satisfacción del paciente en marzo 2017. SOLIDEZ DE LA EVIDENCIA: comité interno consenso expertos/revisión interna por pares(grado recomendación D).

RESULTADOS:

P-I: Tiempo medio para inicio primera asistencia 59 minutos, de estancia 179 minutos, alta-ingreso 286 minutos/Seguridad:3 ítems-no evaluados/Éxitus uno (0.0065% UTA)/Reclamaciones 29 (0.17% UTA) Felicitaciones 5 (0.030% UTA)/Encuesta telefónica: no. P-II: Tiempo medio para inicio primera asistencia 42 minutos, de estancia 119 minutos, alta-ingreso 226 minutos/Seguridad:12 ítems- plataforma web sepamos./Éxitus dos (0.012% UTA)/Reclamaciones 25 (0.15% UTA)/Felicitaciones 9 (0.055% UTA)/Encuesta Telefónica (ET): n=66 pacientes (0.40% UTA), pregunta: ¿volvería al servicio de urgencias?: probable-muy probable: 42 (66.63% ET)/no sabe: 12 (18.18% ET)/improbable-muy improbable: 12 (18.18% ET).

CONCLUSIONES:

Este modelo de gestión clínica tipo FTM-PILOTO aplicada en nuestra UUH apunta resultados positivos, y nos indican el camino a seguir en el futuro, en un proceso de *feed-back* continuo.



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

P-393

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA

C Alfaro Gómez, ME Serrano Selva, FJ Coloma Mancebo, L Laguía
Almansa, JL Navarro López, J Monedero La Orden, EC Gómez Cuenca

Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: anciano frágil-triaje-evaluación geriátrica

OBJETIVOS:

Evaluar dicho protocolo por procesos para su optimización, evaluando perfil de los pacientes mayores de 85 años, recursos disponibles y los que pudieran ser necesarios para su puesta en marcha.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para ello evaluamos su puesta en marcha del 9 al 18 de febrero de 2017 Población: 722 pacientes Media diaria: 80.2 pacientes/día Muestra de pacientes de 85 y más años: 77 pacientes La frecuencia media diaria es de: 8.6 pacientes/día (10% del total) Edades comprendidas entre los 85.0 y 103.34 años La edad media fue de 89.2, la moda 87 años y la mediana de 89,1.

RESULTADOS:

Nivel de triaje y procedencia Nivel II 11 14,3% Atención Primaria 7 63,6% Emergencias 112 3 27,3% Propia Iniciativa 1 9,1% Nivel III 42 54,5% Atención Primaria 18 42,9% Emergencias 112 6 14,3% Otros Centros o Inst. S. 2 4,8% Propia Iniciativa 15 35,7% Propio Centro 1 2,4% Nivel IV 16 20,8% Atención Primaria 9 56,3% Emergencias 112 1 6,3% Propia Iniciativa 6 37,5% Nivel V 7 7,8% Atención Primaria 2 14,3% Propia Iniciativa 3 42,9% Propio Centro 2 28,6% SIN TRIAJE 1 1,3% Propia Iniciativa 1 Total general 77 Demora en la primera atención facultativa Menos de 30 minutos 51,4% Entre 30 minutos y 1 hora 20,3% Entre 1 hora y 2 horas 16,2% Mas de dos horas 10,8% Mas de 3 horas 0% Tiempo de espera Menos de 180 minutos 27,6% Mas de 180 minutos 56,6% Destino al alta: Domicilio-fin de cuidados 68,3% Paso a Consultas externas 3,9% Hospitalización 23,4% Traslado a otro centro 1,3% Exitus 2,6%.

CONCLUSIONES:

Los datos aún necesitando mejorar en los tiempos impuestos son muy alentadores y aún mas importante se mejora en calidad, confort y seguridad.

P-394

MODIFICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO EN URGENCIAS TRAS
TRASLADO AL NUEVO CENTRO HOSPITALARIO

B Arza Varo, V Martínez Prieto, S Galindo Vacas, R Mejías Calderón,
D Martín Mendoza, M Romero González

APSBG HAR Écija

PALABRAS CLAVE: mapa de riesgos-seguridad del paciente-servicios médicos de urgencias

OBJETIVOS:

Realizar un mapa de riesgo con metodología AMFE para detectar e intervenir en nuevos fallos en actuaciones secuenciales tras el cambio de Hospital en Abril, 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo en Urgencias del HAR de Écija, MAPA de riesgo de Proceso de Soporte del Paciente Crítico. Para establecer una priorización usamos el ÍNDICE DE PRIORIDAD DE RIESGO (IPR): (Frecuencia x Detectabilidad x Gravedad).

RESULTADOS:

Factores influyentes (humanos, estructurales e instrumentales) e IPR de cada fase. -Identificación, IPR 149: Falta de datos administrativos, errores del sistema informático, formación insuficiente -Recepción, IPR 172.04: Transferencia incorrecta, falta de material de movilización. -Tratamiento en sala críticos, IPR 208.88: No liderazgo, evaluación clínica equivocada, uso inadecuado de fármaco, incumplimiento de Guías, retraso en clasificación, no actualización del manejo de aparatos, mal funcionamiento de equipos de electromedicina. -Administración de fármacos, IPR 221.84: Órdenes verbales, stock inadecuado de fármacos. -Consentimiento informado, IPR 70.4: No información, no registro, no consulta del testamento vital. -Muestras analíticas, IPR 216: Petición, recogida y transporte erróneos -Pruebas radiológicas, IPR 36.28: Movilización y traslado intrahospitalario inadecuado, inexistencia buena radiología portátil. -Traslado al alta, IPR 32.25: Desconocimiento de protocolos de derivación, no confirmación del destino.

CONCLUSIONES:

Los planes de mejora son: + Clasificación incorrecta: Evaluar sistema de acogida. + Recepción del paciente: Asegurar relevo efectivo DCCU-médico Hospital, uso de Diraya Movilidad. + Actuación y tratamiento en sala de críticos: Diraya como herramienta de consulta de historia del paciente, teléfono cerca del ordenador, protocolizar guías para patologías emergentes. + Muestras analíticas: Colocar gradillas adecuadas a los tubos de extracción para el transporte, forzar al facultativo a rellenar correctamente petición analítica, aumento de personal de celador.



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

P-395

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: UNA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DESDE EL INICIO. INGRESOS DESDE URGENCIAS**S Bacca Camacho, M Delgado, C Serra, M Plenc, A Felip, F Casarramona***Hospital de Mataró. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** hospitalización domiciliaria-alternativa hospitalización convencional-servicio de urgencias**OBJETIVOS:**

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los paciente que ingresan desde urgencias en nuestra unidad de HaD. Conocer la evolución clínica de los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de HaD procedentes de urgencias.

RESULTADOS:

Desde noviembre de 2013 a mayo de 2016 se han ingresado un total 1099 pacientes, siendo 491 procedentes del servicio de urgencias (un 44.6%), siendo el 57.4% hombres (282) y 42.6% mujeres (209) con una edad media de 74 años. El diagnóstico al ingreso más frecuente es la infección urinaria (52.2%) seguido de infección respiratoria (22.6%) de los cuales presentaron neumonía un 2.8%, e ICC 7.8%. El motivo de ingreso en HaD más frecuente es la necesidad de tratamiento endovenoso (98%) siendo en un 77% antibiótico, un 12% corticoides y 10% diuréticos. En cuanto a comorbilidad, las patologías más frecuentes que presentan los pacientes son HTA (62%), DM (29.8%), cáncer (21.9%), EPOC (20.1%), cardiopatía isquémica crónica (14.7%), IC (13.4%) y FA (13%). En un 36% se realizan exploraciones complementarias como ecografías, ecocardiograma, electrocardiograma y analíticas de control. En cuanto a las incidencias se han registrado visita urgente (definida como no programada, en el hospital y normalmente en el servicio de urgencias) un 7% y reingreso en hospitalización convencional un 14%. Los pacientes presentaron una estancia media de ingreso de 7 días. El tiempo medio de espera en urgencias antes del ingreso en HaD fue de 24 horas. El ingreso se resolvió como alta en el 94% de los pacientes. De los pacientes dados de alta se registraron reingresos antes del mes de alta de HaD en un 7.1% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

La HaD puede resultar un recurso eficaz en término de drenaje del servicio de urgencias y de ahorro de días de ingreso hospitalario.

P-397

MORTALIDAD PRECOZ EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**J Santianes Patiño, E Prieto Piquero, H Mendes Moreira, C Marinero Noval, I Lobo Cortizo, C Menéndez Fernández***Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias***PALABRAS CLAVE:** mortality-emergency service-comorbidity**OBJETIVOS:**

Identificar las principales causas de mortalidad precoz en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estudió la totalidad de los pacientes fallecidos en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel durante el año 2015. Se analizaron variables socio-demográficas, de comorbilidad, diagnósticas y asistenciales. Se consideró mortalidad precoz aquellos pacientes que permanecieron menos de dos horas en el SUH antes de su fallecimiento.

RESULTADOS:

Se incluyó un total de 194 pacientes fallecidos de un total de 101587 pacientes atendidos en el SUH en el periodo estudiado, obteniendo una tasa de mortalidad de 1.89 x 1000 pacientes-año. Se consideró mortalidad precoz aquella acontecida en menos de dos horas desde la admisión en el servicio ocurriendo en 56 de los casos. Estos pacientes eran más jóvenes que los que fallecían más tardíamente (77.8 años frente a 84.81 siendo esta diferencia estadísticamente significativa) y la prevalencia de género masculino era mayor (51.8% frente a 37%). Presentaban una menor carga de comorbilidad cuando se estudiaban patologías como factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular establecida (a nivel cerebral y cardíaco) y patología tumoral. Las principales causas de mortalidad precoz fueron cardiovasculares (parada cardiorrespiratoria, enfermedad cerebrovascular) y traumáticas mientras que en los pacientes que fallecían tardíamente prevalecía la patología infecciosa. La mayor parte de estos pacientes fallecían en el área de atención prioritaria de nuestro servicio (84%) mientras que los pacientes con una estancia mayor en el servicio fallecían más frecuentemente en la unidad de observación.

CONCLUSIONES:

La mortalidad precoz en un Servicio de Urgencias ocurre en pacientes significativamente más jóvenes que aquellos que fallecen más tardíamente y siendo las patologías cardiovasculares y traumáticas las causas de muerte más frecuentes en estos pacientes.



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

P-398

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

J Santianes Patiño, E Cano Cabo, R Sánchez Rodríguez, M Gordo Bravo, M García Estrada, C Corugedo Ovies, C Menéndez Fernández

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: mortality-emergency service-comorbidity

OBJETIVOS:

Conocer las características clínicas de los pacientes fallecidos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y analizar el proceso asistencial que siguen.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estudió la totalidad de los pacientes fallecidos en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel durante el año 2015. Se analizaron variables socio-demográficas, de comorbilidad, diagnósticas y asistenciales.

RESULTADOS:

Se incluyó un total de 194 pacientes fallecidos de un total de 101587 pacientes atendidos en el SUH en el periodo estudiado, para una tasa de mortalidad de 1789 x 1000 pacientes-año. La edad media de los pacientes fue de 82,79 años y un 58% eran de género femenino. Las principales comorbilidades eran cardiovasculares (HTA, DM, DL, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica) con un consumo medio de 5266 fármacos. Los motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (76 pacientes), deterioro general (27), bajo nivel de conciencia (26) y parada cardíaca (14). El 37% de los pacientes fallecieron en la unidad de observación existente en el Servicio. En el 56% de los pacientes (109) se solicitó valoración a otro servicio, siendo Geriátrica el más frecuente (36 de 109). La estancia media de los pacientes fue de 8,98 horas. 56 pacientes fallecieron en menos de dos horas desde su entrada en el servicio y 61 tuvieron una estancia superior a ocho horas. Los diagnósticos de exitus más frecuentes fueron parada cardiorrespiratoria (42 pacientes), sepsis (19 pacientes), infección respiratoria (19 pacientes), hemorragia intracraneal (12 pacientes). Se iniciaron maniobras de RCP en 32 de los pacientes. Se solicitaron 6 autopsias de las cuales 4 fueron rechazadas por la familia y 3 de los pacientes fallecidos resultaron donantes de órganos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes fallecidos en nuestro SUH tenían edad avanzada y una elevada carga de comorbilidad. Las principales causas de mortalidad resultaron cardiovasculares e infecciosas.

P-399

SIMULACRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (PAMV) EN UN HOSPITAL REGIONAL

R Dusseck Brutus, I Pérez Torres, A García Perla, A Genebat González, A Sánchez Canto, MA Muñoz Sánchez

Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: catástrofe-simulacro-PAMV

OBJETIVOS:

Activar el PAMV del Hospital. Analizar la posibilidad de aplicación adecuada. Capacidad atención simultánea de 6 pacientes en Sala de Emergencia. Observar y corregir los déficit

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Se realizó un simulacro con accidente aéreo en Aeropuerto de Sevilla con 12 paciente traídos por el 061 al Servicio de urgencia -Se activaron los Servicios de Cuidados Intensivos, Rehabilitación, Cía Plástica, Maxilofacial, Traumatología, Urgencias del Hospital General. - Se incrementó como área asistencial la sala de espera de familiares y se duplicó la capacidad asistencial del área de Atención a Críticos. - Se duplicó el material asistencial, incluidos respiradores. - Se realizó evacuación de las áreas necesarias. - Se formaron los equipos asistenciales para atención de los distintos tipos de pacientes.

RESULTADOS:

- Fase de alerta: 19'. Incidencia: La llamada entró por canal no habitual. - Fase de activación de alarma: - Activación telefónica: 11'. Incidencia: La central de teléfono no tenía el listado actualizado de cascada de llamadas. - Activación Asistencial: 19'. Incidencia: Falta hoja rehabilitación. - Fase de recepción: 58'. - Etiquetas verdes: 5 (2 reconvertidas de amarillas). Equipo: 3 médicos, 2 enfermeras, 1 celador. Destinos pacientes: 3 ingresos pendientes cirugía, 2 altas con fracturas de MMSS cerradas. - Etiquetas amarillas: 3 reconvertidas a verdes (2) y rojo (1). Formación de equipo completo (6 médicos, 2 DUE, 1 TCAE) en 8'. Desactivación inmediata. - Etiquetas rojas 7. Equipos: Inicio formación 11: 14 h, sólo 6 minutos antes de llegada primer paciente (verde). 21 sanitarios en total en el BOX. Destino pacientes: 4 UCI, 3 Quirófano y posteriormente UCI. Incidencias: Curiosos innecesarios. Salida de los equipos sanitarios extrahospitalarios por la misma puerta. - Observación Formación Equipo: 6 personas (2 médicos, 2 enfermeros y 2 TCAE) Tiempo formación: 14'.

CONCLUSIONES:

La activación y puesta en práctica del PAMV fue correcta y adecuada. Se comprobó capacidad atención de 6 pacientes simultáneamente en Box Emergencias. Se detectaron mejoras y modificaciones del PAMV en Fase de alerta, alarma, evacuación y recepción.





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

P-400

PREVALENCIA DE INFECCIONES URINARIAS CAUSADAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES TRATADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN PACIENTES PROCEDENTES DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M Pajaron Guerrero, M Lisa Gracia, A Grasun, M Lara Torres, I Allende Mancisidor, CR González Fernández, AM Arnáiz García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: hospitalización a domicilio-infección urinaria-microorganismos multirresistentes

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de IUMTR en los pacientes que desde el SU fueron ingresados en HaD.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los casos de IU incluidos en el programa HaD procedentes del SU, desde el 1 Enero-2015 al 31 Diciembre-2016. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados, antimicrobianos utilizados, la prevalencia de IUMR, la eficacia y seguridad de la HaD, la mortalidad y los reingresos (durante estancia en HaD y a los 30 días).

RESULTADOS:

Se registraron 316 episodios de IU tratadas en HaD. La edad media de los pacientes fue 63,3 años y el 55% eran mujeres. El Charlson medio fue 1,97. El tipo de IU fue: pielonefritis (27,2%), urosepsis (25,6%), cistitis complicada (23,1%) y prostatitis (13,9%). El microorganismo causal se conoció en el 61,1% de los casos, de los que E. coli representaba el 35%. Se registraron 49 cepas MTR (15,5% del total), siendo E. Coli BLEE el más frecuente. El antimicrobiano más utilizado fue Ceftriaxona (58,2%). La tasa de curación fue 94,3%, la de reingreso en el Hospital 6,6%, y la mortalidad 0,95% (3 pacientes). A los 30 días reingresaron el 7,3% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de MTR en IU a nivel comunitario es elevada. Gracias al modelo asistencial HaD se han tratado de forma segura y eficaz en el domicilio infecciones graves, evitando el ingreso hospitalario, aliviando la saturación de los SU. La HaD puede ser una herramienta asistencial útil para el control epidemiológico de los MTR en los hospitales.

P-401

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA EFICIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO DE INFECCIONES URINARIAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES, DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Pajaron Guerrero, E Cobo García, S González Barrera, I Pereda González, I Allende Mancisidor, P Sanroma Mendizabal, AM Arnaiz García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: eficiencia-hospitalización a domicilio-microorganismos multirresistentes

OBJETIVOS:

Evaluar el modelo asistencial HaD con criterios de eficiencia en pacientes con IU por MTR que ingresan desde Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los casos de IUMTR incluidos en el programa HaD procedentes del SU en un hospital terciario, desde 1 Enero-2015 al 31 Diciembre-2016. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados, antimicrobianos utilizados, mortalidad y necesidad reingreso hospitalario por complicación. Se analizó los costes de estancia en la HaD así como de la estancia en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Hubo 53 episodios de IUMTR tratadas en HaD con una edad media de 75 años. 32 pacientes fueron varones. El índice de Charlson medio fue de 3 puntos. Los tipos de IU más frecuentes fueron: cistitis complicadas (34%), sepsis urológica (31%), infección asociada a catéter urinario (17%). En 23 de los casos el microorganismo aislado fue E. coli BLEE lo que supone el 44%. El Ertapenem fue el antimicrobiano más utilizado (51% de los casos). La tasa de curación fue 91%, la de reingreso en el Hospital 15%, solamente hubo un exitus durante la duración del estudio. Los costes estimados por estancia en HaD 174? y el coste medio en hospital fue 500 ?

CONCLUSIONES:

La HaD permite el tratamiento de infecciones urinarias por MTR en pacientes procedentes de urgencias de forma segura y eficaz, proporcionando además un significativo ahorro de costes en comparación con el ingreso hospitalario convencional.



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

P-402

ANÁLISIS AMFE APLICADO A LOS SUBPROCESOS DE TRIAJE MULTIDISCIPLINAR NO ESTRUCTURADO (SB-TMNE) EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (UUH)

E Muñoz Triano, P Palomera Rufo, S Rodríguez Perut, P Villar Candelas, M Maguiña Guzmán, T González Casado, C Díaz Sánchez

Hospital Nuestra Señora de América. Vithas. Madrid

PALABRAS CLAVE: safety management-emergency medical services-triage

OBJETIVOS:

Identificar/analizar/evaluar priorizando los posibles riesgos mediante metodología AMFE del SB-TMNE en una UUH, estableciendo Acciones de Mejora.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

ENTORNO: urbano/Urgencias-Totales (UT) 2016 n = 86.101/UUH: traumatología-médico-quirúrgica-polivalente-otorrinolaringología-oftalmología-pediatría/10 puestos observación-tratamiento/1 cama-críticos/media = 235.24 UT-24 horas 2016/Media urgencias acumuladas S-D-L 48.42%/11:00 h-23:00 h damos cobertura 77.4% UT-24 horas/Ingresos-hospitalarios: 2.82% urgencias/997 horas asistenciales globales (HAG)-semana/Índice de cobertura horaria 5.93 HAG/60 minutos. PERIODO DE ESTUDIO: enero-2017. DEFINICIÓN SB-TMNE: médico sénior-nurse practitioner-auxiliar enfermería/evaluación inmediata-simultánea diagnóstico-terapéutica/aplicación informática x-HIS/crítico-no crítico/ruta directa según destino previsible/establece responsable directo/adaptación-flexibilidad. MÉTODO AMFE: prospectivo/sistemático/multidisciplinar/14 participantes: 1 moderador experto en Calidad-1 experto en AMFE-1 director médico hospitalario-1 líder urgenciólogo-1 coordinador-urgenciólogo-1 traumatólogo-1 pediatra-1 oftalmólogo-1 otorrinolaringólogo-1 supervisor de enfermería-1 enfermera de triaje-1 auxiliar clínica-1 sanitario-1 administrativo-admisión. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS CUALITATIVO: brainstorming-representación mural análisis Causa-Modo Fallo-Efecto/clarificación-organización-elaboración de Matriz AMFE/Cálculo del impacto de cada Modo-Fallo potencial/Cálculo Número Prioridad Riesgo (NPR = $G \times O \times D$, rango 1-1000)/G = gravedad 1-10/O = ocurrencia 1-10/D = detección 1-10/Valores Críticos: NPR > 100 y/o G > 7 obligan a establecer Acciones de Mejora. CRITERIO DE MEJORA: reducción > 50% NPR y/o G inicial/Evaluación semestral. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo/análisis SB-TMNE. SOLIDEZ DE LA EVIDENCIA: consenso de expertos (Evidencia D). APLICABILIDAD: local.

RESULTADOS:

Dos reuniones/8 horas/ Cinco subprocesos: 1. Acceso a Triage/2. Identificación del motivo de ingreso-consulta/3. Asignación de Prioridad (II-III-IV)/4. Toma constantes vitales-solicitud pruebas complementarias/5. Asignación de área asistencial-responsable médico-enfermera/Modos-fallo: iniciales 29-clarificados 30/Causas asociadas: iniciales 141-clarificados 77/Efectos potencialmente adversos: iniciales 94-clarificados 75/Medidas de Mejora: iniciales 47- clarificados

33/NPR acumulado inicial = 3049 (rango = 392-28)/12 puntuaciones NPR > 100 (rango = 392-100)/14 puntuaciones G > 7 (moda = 9)/Se priorizaron cinco Acciones de mejora según puntuación alcanzada por NPR > 100: 1. Procedimiento Conciliación Tratamiento (NPR = 392)/2. Procedimiento de Detección signos de Alerta Temprana (NPR = 216)/3. Rondas de Control en Sala de Espera Admisión (NPR = 216)/4. Tríptico Informativo UUH (NPR = 213)/5. Protocolo actividad y códigos propios del triaje-staff (NPR = 147). Tres Acciones de Mejora según puntuación en G > 7: 1. Doble confirmación de alergias medicamentosas e intolerancias (G = 9)/2. Procedimiento de Órdenes Verbales Seguras (G = 9)/3. Procedimiento de transferencia de pacientes recepcionados en ambulancia (G = 9).

CONCLUSIONES:

El análisis AMFE aplicado a los SB-TMFE nos ha sido útil en nuestra UUH para detectar nuestros riesgos potenciales y priorizar Acciones de Mejora Preventivas.



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

P-403

OPTIMIZACIÓN EN LA CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE
EN URGENCIAS: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE
MULTIDISCIPLINARMJ Soriano Benet, R Rubini Puig, M Melero García,
E Sanvalero Carcelén, A Briones Traves, J Mandingorra Giménez

Hospital General Universitario de Valencia

PALABRAS CLAVE: triaje-multidisciplinar-urgencias

OBJETIVOS:

Objetivo: comprobar efectividad y eficiencia del triaje (con facultativo) mediante reducción de parámetros que implican mayor utilización de recursos en periodo de estudio del 15/01/2015 al 15/03/2015 (pre-triaje avanzado) y mismo periodo en 2016 (implantado ya).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Ámbito estudiado: Hospital terciario universitario público en el que sobre un triaje estructurado (Sistema Manchester) con cinco niveles de gravedad, se introdujo en 2016 un triaje multidisciplinar con presencia de un facultativo en el proceso (triaje avanzado). Estudio transversal de variables : proporción de pacientes no triados, distribución de niveles de gravedad y tiempos empleados en triaje. Fuentes de información: datos del sistema informático para gestión clínica de urgencias hospitalarias (SURGE) en periodos mencionados seleccionando valores de días laborables (periodo diurno) 8.00 a 20.00 horas.

RESULTADOS:

Resultados: en 2016 la proporción de pacientes no triados se reduce de 31.98% a 23.82%, distribución por niveles de gravedad : reducción de niveles que suponen mayor consumo de recursos (reducción en tiempos en el triaje en todos los parámetros y de estancia media del paciente aproximándose y en ocasiones alcanzando estándares de calidad establecidos).

CONCLUSIONES:

La presencia del facultativo en el sistema de triaje de los servicios de urgencias se ha implementado exitosamente, demostrando niveles de efectividad y eficiencia.

P-404

COSTE EN FARMACIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS
EN UN HOSPITAL TERCIARIOC Sanclemente Ansó, J Tapia Martínez, R Juvany Roig,
J Jacob Rodríguez, I Bardés Robles, A Álvarez Soto,
C Capdevila Aguilera

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

PALABRAS CLAVE: urgencias-farmacia-gasto

OBJETIVOS:

Analizar el gasto farmacéutico del servicio de urgencias y evolución en los últimos 6 años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recoge del cuadro de mando la actividad registrada en el Servicio de Urgencias desde enero de 2010 a diciembre de 2016, así mismo se recoge información de la documentación que cada mes publica el Servicio de Farmacia del consumo de fármacos por servicio.

RESULTADOS:

El número de pacientes atendidos/año oscila desde el año 2010 que se atendieron 104524 pacientes, con una disminución en los años 2011 hasta 2013, y a partir del 2014 aumenta el número progresivamente hasta 108035 el año 2016. El gasto en farmacia se mantiene estable y oscila de los 736.710 euros /año en el 2010 hasta los 810093 euros en el 2016, este aumento no se correlaciona directamente con la actividad, pues el coste por paciente se mantiene estable en los 6 años siendo entre 7 euros/paciente en el 2010 y 7,46 euros paciente en el 2016, con leves oscilaciones el resto de años, tampoco se relaciona con el índice de complejidad, siendo del 50% nivel I,II y III en el 2013, 53,4% en el 2014 51,8% en el 2015 y 48,3% en el 2016. El gasto en farmacia del Servicio de Urgencias en el global del hospital supone un 1.5% del total. Los fármacos que suponen un mayor gasto fueron en orden decreciente: Alteplase IV, Cloruro de sodio IV, Fibrinógeno IV, IG inespecífica IV, Ertapenem IV, entre otros.

CONCLUSIONES:

El gasto global en farmacia del Servicio de Urgencias se mantiene estable en los últimos 6 años. Más del 50% del gasto se concentra en 15 medicamentos. El gasto por paciente se mantiene estable en los últimos 6 años, siendo de 7.49 euros en el año 2016.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-406

EMERGENCIAS SANITARIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA, UNA COORDINACIÓN ESENCIAL EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

M Terán García (1), N López Cabeza (2), J Ibáñez Frías (2)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Cantabria. (2) Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

PALABRAS CLAVE: emergencias-coordinación-atención primaria

OBJETIVOS:

Estudio descriptivo de la actividad de 2016: - Peticiones por orden de los profesionales de Atención Primaria (AP), de recursos a la Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES) de Castilla y León. - Activaciones por el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de los Equipos de AP.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Las peticiones de recurso por orden médica, son las que se realizan por AP, suponen el 34% de la actividad de la GES. Las activaciones de AP por el CCU se producen en los incidentes si el motivo se adecua a este nivel asistencial, o cuando se precisa un recurso avanzado.

RESULTADOS:

El número de peticiones de recursos por los profesionales de AP fue 88.393, 66% en ámbito rural, y 34% en urbano, la distribución por patologías: Se describen las patologías agrupadas por aparatos mas frecuentes, con porcentajes. Las patologías tiempo dependientes que originan demanda de recursos de Emergencias Sanitarias son: Descripción de las mismas Las activaciones de AP por el CCU fueron en 2016, 30.136, en ámbito rural el 54% y 46% en urbano, 40% de las ocasiones, se activó AP como único recurso, y el 60% se activa junto a recursos propios de la GES. Se describen las patologías agrupadas por aparatos mas frecuentes.

CONCLUSIONES:

En la resolución de las urgencias y emergencias extrahospitalarias es esencial la coordinación de los recursos de la GES y AP, fundamentalmente en la población rural, a pesar de ser mas escasa que la urbana. Existen diferencias entre las patologías que originan petición de recursos de GES por parte de AP y las que originan activación de los recibos de AP por el CCU. También resaltar que en el medio rural, el 35% de las activaciones de AP se producen por el CCU como único recurso y el 67% junto a otros recursos de la GES, y en el medio urbano el 65% de las activaciones de AP se producen como único recurso y el 33% junto a otros.

P-408

ATENDER MÁS URGENCIAS, DISMINUIR LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL TERCIARIO Y ACORTAR LAS ESTANCIAS EN EL SU. ¿CÓMO SE COCINA ESTE PLATO?

M Puig Campmany, J Ris Romeu, C Rulló Valls, I Díaz Rodríguez, MT Álvarez Albarrán, A Mauri Plana, S Benito Vales

Hospital de La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: emergency department-overcrowding-health facilities

OBJETIVOS:

Analizar los flujos de pacientes y tiempos de estancia en el SU durante el periodo de invierno 2011-2012(1/12/2011-31/3/2012, antes de la coordinación liderada por el PAU), y compararlos con el mismo periodo 2016-2017 (coordinación consolidada).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se obtuvieron los datos del sistema de registro hospitalario de datos (SAP) extraídos a través de Bussiness Objects.

RESULTADOS:

Se compararon 24.294 y 29.077 (+19.7%) urgencias atendidas en 2011-2012 vs. 2016-2017, respectivamente. En los dos periodos el número de boxes y del área de observación de urgencias fue el mismo. Llegadas en ambulancia 7.205 vs. 8.720 (+21.02%). Destino: Ingreso hospitalario 2.876 vs. 3.308 (tasa 11.84% vs. 11.38%), ingreso bloque quirúrgico y críticos (3.6% vs. 2.9%), traslado CSS 368 (1.51%) vs. 1.103 (3.79%), Hospitalización a Domicilio (HADO) 0 vs. 18. Tasa de reingreso 3.8% vs. 3.6%. Tiempos de estancia del total de los pacientes: media 9h19?30?? vs. 7h36?33??, mediana 3h16?35?? vs. 2h26?36??, tiempo inicio asistencia: media 3h37?56?? vs. 1h36?52??, mediana 1h09?09?? vs. 1h08?44??.

CONCLUSIONES:

En 2016-2017, se observó un incremento de las urgencias y de las llegadas en ambulancia. Sin embargo, disminuyeron la tasa de ingreso en el hospital, la tasa de reingreso, y los tiempos de respuesta. Una actuación resolutiva en el SU desde el inicio de la asistencia, altamente protocolizada, integral y coordinada con el resto de proveedores del entorno es capaz de absorber incrementos en la demanda y disminuir los tiempos de respuesta. La derivación a CSS supone una herramienta potente de gestión y adecúa el entorno de tratamiento en un subgrupo de población específico.



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

P-409

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIASE Espinal Cuadrado, JC Igeño Cano, P Bajo Carrión, EC Luis Martín,
C Tirado Valencia, I Jaramillo Martín

H. San Juan de Dios de Córdoba

PALABRAS CLAVE: clasificación-satisfacción-calidad

OBJETIVOS:

Objetivo: Evaluar la satisfacción del personal del servicio de urgencias de un hospital de 2.º nivel sobre la reciente implantación de un sistema de Clasificación de pacientes por prioridad (Triaje).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Encuesta anónima y voluntaria a médicos y personal de enfermería, 7 meses tras la implantación del sistema. 6 preguntas dicotómicas (SI/NO). Clasificación de datos según tiempo trabajado en el Servicio: < 1 año (15%), 1-4 años (30%) y >5 años (55%).

RESULTADOS:

1. ¿Se consideran bien informados sobre las funciones del sistema de Clasificación? SI: 100%. 2. ¿Se sienten más cómodos con este sistema? SI: 95%. (91% del personal con > 5 años en el Servicio). 3. ¿Ha mejorado la calidad asistencial del servicio en general? SI: 90% (82% en personal con > 5 años en el Servicio). 4. ¿La implantación del Sistema de Clasificación ha reducido los tiempos de espera del paciente? SI: <1 año: 100%. 1-5 años: 40%. > 5 años: 64%. 5. ¿El usuario se ha beneficiado del Sistema de Clasificación? SI: <1 año: 100%. 1-5 años: 80%. >5 años: 55%. 6. ¿Es necesaria mayor formación específica para realizar la Clasificación? SI: <1 año: 75%. 1-5 años: 80%. >5 años: 82%.

CONCLUSIONES:

1. La información inicial sobre las funciones del Sistema de Clasificación fue adecuada, pero la formación específica fue insuficiente. Son necesarias acciones formativas sobre el manejo de este Sistema. 2. Es un sistema más cómodo de trabajo para el profesional. 3. Los profesionales con más tiempo trabajado, son los más exigentes y críticos en cuanto a los resultados tras la implantación del sistema. Sobre todo, en cuanto al beneficio obtenido por los usuarios. 4. El mayor problema es el tiempo de espera, que no se ha reducido adecuadamente. 5. Hay que buscar medidas que mejoren la calidad, y que se reflejen en la percepción del profesional.

P-411

SITUACIÓN ACTUAL DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE
ACTIVACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS
ESPAÑOLESR López Izquierdo (1), J Álvarez Manzanares (1),
J González del Castillo (2), JM Hernández Gajate (1),
C del Pozo Vegas (3), S Sánchez Ramón (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (3) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: urgencias hospitalarias-códigos sanitarios-calidad

OBJETIVOS:

Determinar la implantación de distintos CA en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) españoles.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Encuesta online mediante aplicación informática google forms enviada a los SUH a nivel nacional, año 2016. Se preguntó sobre: tamaño de los hospitales y la existencia de los siguientes CA: Código Infarto (CIAM), Código Ictus (CI), Código Sepsis (CS), Código Trauma (CT), Código Trasplante a corazón parado (CTP). Análisis descriptivo. Comparación variables cuantitativas cualitativas. Análisis estadístico SSPS. $p < 0,05$.

RESULTADOS:

70 respuestas de 15 comunidades. Andalucía 12 (17,1%), Aragón 2 (2,9%), Asturias 1 (1,4%), Castilla la Mancha 4 (5,7%), Castilla y León 12 (17,1%), Cataluña 10 (14,3%), Madrid 12 (17,1%), Comunidad Valenciana 4 (5,7%), Islas Baleares 2 (2,9%), Islas Canarias 1 (1,4%), La Rioja 1 (1,4%), Navarra 1 (1,4%), País Vasco 6 (8,6%), Región de Murcia 2 (2,9%). Más 400 camas: 35 (50%). Existencia de CIAM: 92,9%, CI: 95,7%, CS: 53,5%, CT: 55,7%, CTP: 31,4%. Número de Códigos existentes: Cinco: 21,4%, Cuatro: 24,3%, Tres: 22,9%, Dos: 25,7%, Uno: 4,3%, Cero: 1,4%. Combinaciones existentes más frecuentes: CIAM y CI: 16 (22,9%), CIAM, CI, CS, CT, CTP: 13 (18,6%), CIAM, CI, CT, CS: 13 (18,6%). Códigos según número de camas (<400 vs. >400): CIAM: 94,3% vs. 91,4%, $p > 0,05$, CI: 97,1% vs. 94,3%, CS: 40,0% vs. 65,7%, $p < 0,05$, CT: 34,3% vs. 77,1%, $p < 0,05$, CTP: 14,3% vs. 48,6%, $p < 0,05$. Número de códigos según número de camas: <400: Cinco códigos: 5,7%, Cuatro: 20,0%, Tres: 22,9%, Dos: 45,7%, Uno: 5,7%, Cero: 0%, >400: Cinco códigos: 37,1%, Cuatro: 28,6%, Tres: 22,9%, Dos: 5,7%, Uno: 2,9%, Cero: 2,9% $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

La gran mayoría de los SUH analizados disponen de algún CA. Tanto el CIAM como el CI están ampliamente extendidos entre todos los hospitales. Sin embargo, se debería incidir en implementar el resto de los CA analizados sobre todo entre los hospitales de menor tamaño, en los que códigos tan importantes como el CS y el CT no llegan ni a la mitad de los hospitales estudiados, siendo los hospitales más pequeños en los que su implantación es significativamente más deficiente.



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

P-412

ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

J Mínguez Platero, R Ferre Jornet, P Cogollos Redolat,
T Quilis Pindado, L Russo Martínez, J Loscos Marco

Hospital General D'Ontinyent. Valencia

PALABRAS CLAVE: urgencias hospitalarias-atención primaria-derivación adecuada

OBJETIVOS:

Conocer la adecuación de las derivaciones desde atención primaria (AP) a un servicio de urgencias hospitalario en el Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent de la Comunidad Valenciana. Objetivo secundario: Grado de información clínica presente en los folios de derivación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Participantes: Pacientes atendidos en el Hospital General de Ontinyent, remitidos con folio de derivación por médicos de AP, entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2017. Mediciones: Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género), variables sobre temporalidad (día de la semana, hora de llegada), variables sobre información en los folios de derivación (motivo de la misma, historia clínica, exploración física, juicio clínico), variables sobre la atención en urgencias (descripción de la patología, requerimiento de pruebas diagnósticas, pertinencia de la derivación).

RESULTADOS:

Se consideraron adecuadas el 65,3% de las derivaciones. El grupo de edad de 76-85 años fue el más derivado y el martes el día más frecuentado. Los pacientes que recibieron tratamiento previo a la derivación fueron el 13,1%, mientras que en el 86,8% restante no consta que se ensayó ningún tratamiento. Ingresó el 8,3%. Los mejor derivados fueron los mayores de 65 años y en turno de noche. En los folios constaba el juicio clínico solo en el 80,9% y el motivo de derivación más frecuente fue la demanda de valoración (70,6%).

CONCLUSIONES:

Dos terceras partes de las derivaciones fueron adecuadas. Los pacientes de mayor edad y con patologías potencialmente más graves son los mejor derivados. El folio de derivación es mejorable. Del total de los pacientes derivados sólo en un 13,1% se inició tratamiento, en la bibliografía previa hay publicaciones que presentan el porcentaje de tratamiento previo o durante la derivación con resultados similares a nuestro estudio. Estos resultados son fruto de un análisis interno por lo que deben interpretarse con precaución, y sólo interpretarse en base a la población estudiada.

P-413

CASUÍSTICA CLÍNICA DE PACIENTES HABITUALES HIPERDEMANDANTES EN UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS

M Terán García (1), N López Cabeza (2), M Montanary Villar (2),
M Morán Díez (2)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Cantabria. (2) Gerencia de Emergencias Sanitarias

PALABRAS CLAVE: emergencias-frecuentación-demanda

OBJETIVOS:

Estudio descriptivo de los pacientes que utilizan el Servicio de Emergencias Sanitarias con una frecuencia superior a la habitual, y la casuística de esta hiperdemanda.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para la confección del trabajo se parte del análisis de los registros realizados mediante la plataforma informática del CCU, durante el año 2016.

RESULTADOS:

De la totalidad de llamadas asistenciales, 255.559, se deducen las consultas de traslados interhospitalarios y la demanda de consulta pediátrica. Se procesan 213.498 registros de CMBD (conjunto mínimo básico de datos) uno por cada asistencia con paciente atendido. De estas 213.498 asistencias se identifican 86.614 que han realizado solo una llamada. Mas de 6 llamadas 24.176 menos de 6 llamadas 102.708. Para determinar el punto en que se puede definir la hiperfrecuentación? hemos analizado la distribución de asistencias recibidas por cada paciente, encontrando que por debajo de 6 se encuentra el 80,94% de los casos. La mayoría de casos están englobados dentro de este rango, definiendo el punto en que se puede considerar hiperfrecuentación es a partir de 6 y más de 6 asistencias recibidas en un año. Se identifican 24.176 pacientes hiperdemandantes, según el criterio establecido. Suponen 19,05% del total de pacientes.

CONCLUSIONES:

- Podemos definir como pacientes hiperdemandantes a los que solicitan 6 o más veces asistencia por esta vía.
- La patología diagnosticada para pacientes hiperdemandantes se puede considerar de menor severidad, relegando problemas como síncope y colapso, accidente de tráfico, caída accidental, etc. Sin embargo de inicio no se pueden descartar problemas de carácter urgente: patología psiquiátrica, dolor abdominal agudo, etc.
- Sigue existiendo un número significativo de problemas que precisan la activación de un SVA. Encontramos asistencias que precisaron UME en el 12,33% de casos.
- Analizados de forma individual los casos con mayor número de demandas, podría mejorarse la utilización de los recursos mediante la formación y/o información a estas personas.



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

P-414

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES Y ACOMPAÑANTES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

C Gironés Bredy (1), E García Tesouro (2), PR Brito Brito (3), D Fernández Gutiérrez (3), R Fernández Gutiérrez (4), G Burillo-Putze (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.
(2) Universidad Europea de Canarias. (3) Gerencia de Atención Primaria. SCS. Tenerife. (4) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

PALABRAS CLAVE: escalas-calidad asistencial-gestión clínica

OBJETIVOS:

Validar versión española de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en pacientes y acompañantes de Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de validación y análisis psicométrico con 160 pacientes y 160 acompañantes. La inclusión se realizó mediante muestreo incidental. Primero se realizó la validez de contenido, obteniendo una versión de la escala para la fase de campo. El cuaderno de recogida de datos incluyó variables sociodemográficas-clínicas y preguntas sobre percepción de información recibida. Para la validez de constructo se realizó análisis factorial y para consistencia interna y fiabilidad se calcularon coeficiente alfa de Cronbach y prueba de dos mitades. La validez convergente se determinó correlacionando niveles de incertidumbre con las puntuaciones sobre percepción de información recibida.

RESULTADOS:

La validez de contenido resultó en una primera versión del instrumento de 12 ítems. Los pacientes tenían 55($\pm$ 14) años, 58% hombres, y los acompañantes 46($\pm$ 13) años, 77% mujeres. El nivel de incertidumbre fue de 29($\pm$ 11) puntos en pacientes y 36($\pm$ 13) en acompañantes, sobre 60 como peor estado. El análisis factorial corroboró dos factores, explicativos de un 60% de la varianza total, en la muestra de pacientes, y un 67%, para acompañantes. Los valores alfa de Cronbach fueron 0,912-0,938 y en procedimiento de dos mitades, 0,901-0,933. Las pruebas de validez convergente mostraron correlaciones significativas.

CONCLUSIONES:

Se ha obtenido una escala sencilla, válida y fiable para evaluar el grado de incertidumbre en un SUH de pacientes y acompañantes, permitiendo conocer quiénes precisan intervenciones así como su asimilación de la información.

P-415

CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE CEUTA: DATOS 2016

C Pérez Ramírez (1), V Ríos del Yerro (1), A Saldarreaga Marín (2)

(1) SUE 061 Ceuta. (2) Unidad Móvil DCCU. Barbate. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

PALABRAS CLAVE: emergency-communication system-call center

OBJETIVOS:

Analizar la actividad de nuestro centro coordinador en el año 2016

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizó el total de las llamadas atendidas con la plataforma Séneca durante el año 2016 encontrando dificultades para explotar los datos debido a que sólo aporta el número total de llamadas.

RESULTADOS:

En 2016 se atendieron 15670 llamadas totales, tiempo medio de recepción 3 segundos y tiempo de activación del recurso menor a 60 segundos. La media de las llamadas diarias es de 43. Las franjas horarias de mayor activación de 10:00 a 15:00 (30%) y de 19-23 h (20%). Los meses de mayor actividad son Agosto y Diciembre con una media de 1400 llamadas cada uno. Del total de llamadas (15670) solo el 6% fueron catalogadas como falsas (99% erróneas y el 1% de broma). Del total de llamadas reales (14725): el 7% información sanitaria y el 75% demanda asistencial, de las que el 35% se resolvió por teléfono y el 65% precisó la activación de recursos: 55% propios (33% llamadas a UME y 77% llamadas a SVB) y el 45% ajenos (50% SUAP, 20% atención primaria y el 30% otros (TNA/ Cruz Roja). No hemos podido analizar la activación de recursos por llamada, ni las llamadas a recursos por incidente, ni la activación por paciente, siendo estos datos de gran interés para plantear mejoras dentro de nuestro servicio.

CONCLUSIONES:

Con un único equipo formado por el médico coordinador y el gestor de teleoperación, se atiende la llamada en 3 segundos, se gestiona el incidente en menos de un minuto y las unidades llegan al lugar en menos de 10 minutos. En ocasiones solicitamos la colaboración de recursos ajenos para dar cobertura a la urgencia/emergencia cuando nuestra capacidad de autogestión es superada. No hemos podido precisar el total incidentes anuales donde ocurre esto. Sería interesante disponer de otro tipo de análisis para proponer soluciones de mejora en la coordinación.



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

P-417

ANÁLISIS DE LOS RETORNOS A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LAS 72 HORAS SIGUIENTES A LA ATENCIÓN PREVIA

JA Sancho Esteras (1), L Gómez García (1), R Guinea Suárez (1),
P Lopetegui Eraso (1), R Ollés Puyol (2), JJ Oribe Plágaro (1)

(1) Hospital Universitario Araba. Sede Txagorritxu. (2) Hospital Universitario Araba. Sede Santiago

PALABRAS CLAVE: retornos a urgencias-indicador de calidad asistencial-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Nos proponemos analizar las causas de los citados retornos y su relación con posibles deficiencias de calidad en la primera atención en el propio Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen los pacientes, que retornan en las 72 horas siguientes al alta, atendidos durante el mes de Octubre de 2016 en Urgencias de nuestro hospital, que es de ámbito urbano, y que da cobertura sanitaria aproximadamente a 400.000 personas. Se excluyen Ginecología y Pediatría, las cuales llevan circuitos de atención diferentes. Se realiza una ficha para cada paciente, asignándoles la causa del retorno mediante una clasificación estandarizada y revisión grupal de los casos dudosos.

RESULTADOS:

De los 11.208 pacientes atendidos, retornaron 617, de los que 504, cumplían los criterios de inclusión. Las causas del retorno atribuibles a persistencia, recurrencia o progresión de la enfermedad fueron las más frecuentes, 326 (64,6%). Atribuibles al paciente, 109 (21,8%), tales como uso de Urgencias por problemas solucionables en A.P., alta voluntaria o fuga de Urgencias. Atribuibles a los profesionales sanitarios, 89 (17,8%), por ejemplo, recibió instrucciones de volver o se le llamó, error diagnóstico o de tratamiento o se debió ingresar tras la primera atención. Atribuibles al Sistema Sanitario, 28 (5,5%), como no disponer del especialista adecuado. Los retornos con ingreso fueron 116 (23,2%), siendo en 85 ocasiones (73%) atribuibles a la evolución de la enfermedad. Por orden de frecuencia, las patologías que más retornaron fueron: Dolor abdominal, abandono voluntario del S.U., algias cervicales y dorsolumbares, contusiones y cólicos nefríticos.

CONCLUSIONES:

Los retornos a urgencias se deben fundamentalmente a la evolución de la enfermedad inicial, seguido de causas atribuibles al paciente y su utilización de las urgencias, y en menor proporción debidos a errores de diagnóstico y tratamiento en la primera atención. Por todo ello, podemos deducir que, los retornos a urgencias no se relacionan, en su mayor parte, con deficiencias en la calidad asistencial prestada a los pacientes.

P-419

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE URGENCIAS

C Gironés Bredy, A López Hernandez, I López Hernandez,
A Darias Acosta, L Travería Becquer, M Benito Lozano, G Burillo-Putze

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias

PALABRAS CLAVE: APGAR familiar-conciliación-disfunción familiar

OBJETIVOS:

Análisis exploratorio de la funcionalidad familiar en médicos y enfermeros de urgencias españoles. (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).

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 datos de disfuncionalidad familiar.

RESULTADOS:

Contestaron 73 profesionales de urgencias: 49,3% enfermeros y 50,7% médicos, con una edad de 41(±10,8) años y predominaban las mujeres (58,9%). El 52% trabajaban en Urgencias Hospitalarias. El 56,2% trabajaba más de 40 horas/semana. El 52,7% tienen hijos. El 64,86% tenía pareja estable y el 14,86% constituía familia unipersonal. Un 89,1% de las familias eran altamente funcional y sólo un 10,8 presentó un APGAR moderadamente disfuncional, no encontrándose casos de alta disfuncionalidad. Sólo el 24,3% estaba satisfecho con el tiempo que pasaba con su familia. Los trabajadores con APGAR disfuncional moderado, no se asociaron con la profesión enfermero/médico (5,6%/16,2%, $p = 0.265$), con el género (5,5%/5,5%, $p = 0.7$), con la situación de convivencia familiar ($p = 0.246$), con tener o no pareja estable (11,2%/7,7%, $p = 0.564$), con las horas de trabajo semanal ($p = 0.364$), ni con trabajar en urgencias intra/extra hospitalarias (10,5%/11,4%, $p = 0.9$).

CONCLUSIONES:

El personal de Urgencias presenta una adecuada funcionalidad familiar, superior a otros estudios realizados en España en población general, con disfunciones del 16-35%.



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

P-420

REVISITAS NO PROGRAMADAS DE PACIENTES A UN SERVICIO DE URGENCIAS

L Manclus Montoya (1), M Cuenca Torres (2), D Cuesta Peredo (2), MA Giner Esparza (2), MJ Cortes Gómez (2), JL Ruiz López (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de La Ribera. Valencia.

(2) Hospital Universitario de La Ribera. Valencia.

PALABRAS CLAVE: visitors to patients-emergency-incidence

OBJETIVOS:

Estudiar las visitas no programadas en un servicio de urgencias hospitalario, la incidencia y el perfil clínico epidemiológico de los pacientes que revisitan.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira-Valencia). Se revisaron las atenciones realizadas en el periodo comprendido del 1 de enero de 2015 al 3 de abril de 2017. Se consideró visita cuando el paciente regresó a urgencias por el mismo motivo de consulta antes de 72 horas. Se estudiaron las variables: sexo y edad del paciente, año de atención, horas entre ambas visitas, diagnóstico del paciente y destino al alta.

RESULTADOS:

Se analizaron 254.061 atenciones a pacientes realizadas en el periodo de estudio. La incidencia de visitas globales fue del 8,9%. Los pacientes que revisitaron fueron en un 53,44% mujeres, un 49,42% adultos, un 24,44% jubilados, un 17,2% pacientes pediátricos y un 8,9% lactantes. Los diagnósticos relacionados con las infecciones respiratorias fueron los que mayor número de visitas ocasionaron. Sólo 17 de los 22.709 pacientes que revisitaron precisaron ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

El índice de visitas de los SUH fue poco variable y osciló entre el 8,6 y el 8,99% en los años de estudio. El perfil clínico epidemiológico característico de paciente que revisitó fue el de mujer de edad media-avanzada, visitados en un porcentaje elevado por patologías del grupo de las infecciones respiratorias y que en escasas ocasiones precisaron ingreso hospitalario.

P-421

ACTITUD DE LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS RESPECTO A LA ESTANDARIZACIÓN DE INFORMES DE DERIVACIÓN A SERVICIOS DE URGENCIAS

P Gubern Prieto, A Marqués Vilallonga, M Urquiza Padilla, A Redondo Benito, C Soler Lladó, S Aranda Rodríguez, A San José Laporte

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: emergency room-nursing home-quality improvement

OBJETIVOS:

Objetivo: Analizamos el grado de acuerdo del personal (universitario) de residencias, en que se solicite la estandarización de los datos contenidos en todos los ID a nuestro SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Metodología: Interrogamos el grado de acuerdo, con una escala Likert de 5 niveles, los 10 parámetros enumerados en los resultados. Encuestas realizadas a 40 residencias de nuestra área de referencia.

RESULTADOS:

1) Datos completos de la residencia (nombre, dirección y teléfono): 97,5% están muy de acuerdo (nivel 5 de la escala Likert) en que estos datos deben aparecer en todos los informes. 2) Autor del ID (nombre y categoría profesional (médico, enfermera, auxiliar,?)): 87,5% están muy de acuerdo y el 7,5% de acuerdo (nivel 4). 3) Datos del paciente (nombre, fecha de nacimiento y número de tarjeta sanitaria): 95% están muy de acuerdo. 4) Datos de familiares (nombre, y teléfono) o referente (en caso de tutelados): 72,5% están muy de acuerdo y un 5% en moderado desacuerdo (nivel 2). Un 10% dan una respuesta neutra (nivel 3). 5) Alergias medicamentosas, antecedentes clínicos y farmacéuticos: 95% están muy de acuerdo. 6) Última medicación administrada (y/o si puede haberla vomitado antes de ser remitido al SUH): el 50% están muy de acuerdo y el 22,5% de acuerdo. 7) Situación funcional basal: el 50% están muy de acuerdo y el 35% de acuerdo. 8) Situación cognitiva basal: el 67,5% están muy de acuerdo y el 17,5% de acuerdo. 9) Descripción de la enfermedad aguda y tratamiento iniciado en la residencia: el 82,5% están muy de acuerdo. 10) Constantes vitales en el momento de la derivación el 85% están muy de acuerdo.

CONCLUSIONES:

Demostramos una buena aceptación, por parte de las residencias geriátricas de nuestro entorno, a que se les solicite de forma estandarizada en todos los ID de pacientes al SUH, los datos arriba indicados.



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

P-422

CARACTERIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES A URGENCIAS DESDE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS. OPORTUNIDADES DE MEJORA

C Soler Lladó, A Marqués Vilallonga, A Redondo Benito,
M Urquizu Padilla, M Alvarado Cárdenas, S Aranda Rodríguez,
A San José Laporte

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: emergency room-nursing home-quality improvement

OBJETIVOS:

Evaluar una serie de parámetros que permitan conocer mejor el perfil de las derivaciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Analizamos, de 2382 derivaciones (todas la realizadas durante el año 2016): media de edad, número global de pacientes y porcentajes según sexo, hospital teórico de referencia según ABS, gravedad según el Modelo Andorrano de Triage (MAT), frecuentación por días de la semana y destino tras la visita en urgencias.

RESULTADOS:

Destaca el predominio de sexo femenino (66%). El destino más frecuente es el ingreso en nuestro centro u otro hospital (50%), el segundo el alta a domicilio (46%). El nivel de gravedad (MAT) predominante es el III, en un 60% de las visitas. Los lunes y los viernes se realizan, cada día, un 16% de las derivaciones, siendo los días más frecuentados. Esta cifra desciende los sábados y domingos a un 12% cada día (diferencia estadísticamente significativa). En el 23% de las derivaciones, según Área Básica de Salud, corresponde a otro centro hospitalario de referencia y no al nuestro.

CONCLUSIONES:

De los enfermos derivados desde residencias a nuestro SUH, la mayoría son mujeres, lo que se correlaciona con una mayor demanda de camas de observación para pacientes de este sexo. Más de la mitad padecen una gravedad moderada y en la mitad de los casos necesitan ingreso hospitalario. En este sentido, es probable que un recurso asistencial orientado a la atención urgente en la misma residencia, con la posibilidad de administrar sueroterapia, oxígeno y atención continuada, pudiera evitar algunos traslados al SUH. Los lunes y viernes se hacen más derivaciones, por lo que se debería disponer de más recursos para atender a estos pacientes, respecto los otros días de la semana. Un número significativo tienen otros hospitales de referencia y es probable que se beneficiaran de ir directamente a estos centros donde ya son conocidos.

P-423

ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES TERCIARIOS Y SECUNDARIOS DE ARAGÓN

T Escolar Martínez-Berganza (1), AB Mendoza Barquín (2), B Benito Ruiz (3), S Garcés Horna (4), P Lopes Garzón (4), C Brosed Yuste (5)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (2) Urgencias y Emergencias 061. Aragón. Base Ejea. (3) Hospital de Barbastro. Huesca.

(4) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (5) Urgencias y Emergencias 061. Aragón. Base Calatayud

PALABRAS CLAVE: seguridad-hospitales-cultura

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo era investigar la percepción de cultura de seguridad del paciente en los hospitales de Aragón diferenciando dos grandes grupos: hospitales terciarios y comarcales, comparando los resultados entre los dos grupos para identificar fortalezas y debilidades.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para obtener la información se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. La muestra la constituyeron 300 profesionales de la salud que desempeñan su actividad en los servicios de urgencia de los hospitales de Aragón. En el muestreo, por conveniencia, se buscó la participación de los profesionales que cumplieran dichos criterios. Estudio descriptivo, de corte transversal, con medidas de frecuencia para las variables categóricas.

RESULTADOS:

Se analizaron 300 encuestas. Atendiendo a las diferentes dimensiones encontramos que son los hospitales comarcales los que asumen tener un mayor grado de percepción de seguridad (36%) frente al 19% que reconocen los hospitales terciarios. Como fortalezas, destacan en ambos tipos de hospital, por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo dos de ellas: el indagar de forma anticipada en las preferencias de tratamiento y procedimiento de soporte vital de pacientes probablemente terminales y el hecho de revisar la medicación que toman los pacientes antes de realizar una prescripción. Como debilidades, las oportunidades de mejora en ambos tipos de hospital se centran en la percepción de poco concepto de apoyo de la gerencia y poca dotación de recursos humanos. Al analizar las encuestas globalmente se han encontrado diferencias en el clima de seguridad según el tamaño del hospital. Una percepción más negativa en los hospitales grandes y relativamente más positiva en los pequeños. Esto es similar a lo revisado en la bibliografía.

CONCLUSIONES:

La cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y efectos adversos. Su medición es necesaria para diseñar actividades que la mejoren.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-426

MEDICIÓN Y REGISTRO DE CONSTANTES VITALES EN TRIAJE DE URGENCIAS

MC Escudero Sánchez, B Morales Franco, F Moya Escudero,
CF Piqueres Vidal, D Lucas Aroca, I López Pelayo, PR Lucas Aroca

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

PALABRAS CLAVE: vital signs-measures-emergencies

OBJETIVOS:

Evaluar la medición y registro de constantes en pacientes atendidos en urgencias durante el proceso de triaje. Analizar el impacto del uso de sistemas automáticos de registro en la medida de las constantes vitales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, descriptivo. Fuente de datos la Historia Clínica y Formularios de Selene. Muestra aleatoria de 25 pacientes / mes del total de pacientes atendidos en urgencias durante los meses de julio a diciembre de los años 2015 y 2016. De los pacientes seleccionados se han excluidos los que no precisaban registro de constantes por presentar patologías traumatológicas y/o heridas superficiales. Se ha analizado la cumplimentación del formulario de constantes y que constantes eran medidas y registradas.

RESULTADOS:

De la muestra estudiada (420 pacientes) se han excluido 55 por presentar patologías que no precisaban toma de constantes(Trauma menor y/ o heridas superficiales) Durante el primer periodo de estudio año 2015 de un total de 210 pacientes, se excluyeron 30 pacientes. De los 180 incluidos, no se midieron ni registraron constantes en el 16% de los pacientes Durante el segundo periodo de estudio año 2016 de un total de 210 pacientes se excluyeron 25. De los 185 casos incluidos no se midieron ni registraron constantes en el 4,86% de los pacientes. De todas las constantes vitales la Frecuencia Respiratoria fue la constante menos medida y registrada.

CONCLUSIONES:

Destacar la mejoría significativa en la toma y registro de constantes en el segundo periodo de estudio, atribuible al uso de sistemas automáticos de registro en los formularios de constantes. La medicación y registro de constantes debe realizarse de forma sistemática en todos los pacientes atendidos en urgencias. Es necesario dotar a los profesionales de triaje de herramientas que faciliten su labor asistencial, mejorando la cumplimentación de formularios, calidad de la historia clínica, continuidad asistencial y tiempos de triaje.

P-430

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR LABORAL DE LOS MÉDICOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL PÚBLICO CON GESTIÓN PRIVADA

T Martín Casquero, E Ruescas Escolano, I Bañó Alba,
B Giménez Fernández, M Ayo González

Hospital Universitario Vinalopó de Elche. Alicante

PALABRAS CLAVE: urgencias-health professionals-médicos

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de bienestar laboral de los trabajadores adscritos a un servicio de Urgencias hospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, prospectivo y transversal. Se realizó mediante un cuestionario *online* y anónimo, que cumplimentaron todos los facultativos del servicio de urgencias de un hospital comarcal público de gestión privada al finalizar el año 2016. El cuestionario empleado valora cuatro indicadores: reconocimiento de compañeros y superiores, motivación/confianza, carga laboral y medios técnicos. Los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 38 encuestas (el 100% de la población a estudio). El 60.53% de los encuestados trabajan en el servicio desde hace más de cinco años y el resto menos. Tienen contrato exclusivo de urgencias el 71.05%. El 57.9% considera que el personal médico es insuficiente para la carga asistencial. El 55.26% manifiesta que siempre dispone de los medios técnicos suficientes para el desempeño del trabajo. Un 57,89% se siente apoyado por sus compañeros cuando trata a un paciente grave. El 89.57% se considera aceptado por su jefe. El 15.79% reconoce que siempre acude a trabajar con desgana y 63.16% lo hace algunas veces. El 78.95% considera que casi siempre al terminar la jornada laboral se va con sensación de trabajo bien hecho. El 32.44% considera adecuada la remuneración económica que percibe. La valoración global del servicio es mucho mejor que el año previo para el 65.79%.

CONCLUSIONES:

Según la bibliografía revisada queda claro que no es posible que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo. Según los datos obtenidos el grado de bienestar en nuestro hospital es bastante elevado.



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

P-431

APLICACIÓN DE LEAN HEALTHCARE MANAGEMENT EN LA MEJORA DE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON MAT 4-5

G Muñoz Gamito (1), M Méndez (1), J Fabregat (1), P Tomás (1), X Moya (1), R Asbert (1), O Cuatrecasas (2)

(1) Hospital Universitari Mútua Terrassa. Barcelona. (2) Instituto Lean

PALABRAS CLAVE: lean healthcare-urgencias-gestión por procesos**OBJETIVOS:**

Disminuir tiempos de triaje, de primera atención médica y estancia total en área 0 (niveles 4-5 MAT).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Nuestro servicio de urgencias atiende 116.000 casos al año. Se decidió implantar medidas de mejoras mediante la metodología Lean en el área 0, donde se realiza el triaje de todos los pacientes y la atención de casos leves (niveles 4-5 MAT), que representan >25% actividad total. Se creó un equipo multidisciplinario con los responsables de los equipos médico y de enfermería, médico, enfermera, celador, administrativo y una persona de atención al usuario y se contó con la colaboración de todo aquel profesional que de manera voluntaria quisiera participar. Se utilizaron herramientas propias del método lean: A3, value stream map, spaghetti diagrams, PDCA, ?que nos llevaron a plantear contramedidas e implantar acciones específicas. Se analizan los principales resultados en los indicadores seleccionados (traje, esperas y tiempo total de estancia).

RESULTADOS:

Se observó una reducción significativa en el tiempo de espera hasta el triaje (40 a 15 mins), hasta la visita médica (180 a 31 mins) y tiempo total de estancia (5,2 a 1,3 horas).

CONCLUSIONES:

La aplicación del método Lean para identificar las causas de demora y estandarizar las dinámicas de trabajo han sido efectivas y se han traducido en una mejora de los tiempos de atención. Las actuaciones que han llevado a estos resultados se han estandarizado y el proyecto está ahora enfocado en el mantenimiento y en las mejoras continuas.

P-432

APLICACIÓN PROTOCOLO VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

AM Martínez Virto, MA Rivera Nuñez, R Torres Santos-Olmo, M Sánchez Pastor, M Jaén Cañadas, C Carballo Cardona, M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: violencia contra la mujer-aplicación-protocolo**OBJETIVOS:**

Difusión del protocolo en la atención a las mujeres que sufren VG
Fomentar la responsabilidad del personal sanitario frente a este problema de salud Mejora en la calidad asistencial a estas pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La población diana fueron médicos/as, enfermeros/as que realizan su actividad asistencial en el Servicio de Urgencias Dos fases : Fase I: Se evaluaron mediante encuesta voluntaria conocimientos que sobre conceptos básicos de violencia de pareja hacia la mujer, detección y abordaje de la misma tenía el personal sanitario del SU. Se recogió sexo, perfil profesional, conocimiento protocolo, documentos a cumplimentar, medidas de protección. La Fase II: Se evaluaron conocimientos previos mediante test de conocimientos previo a la sesión y posteriores a la misma para valorar el impacto de la intervención educativa. Además se recogieron Indicadores Cuantitativos como: -Nº de Sesiones -Edad sexo, Perfil profesional del alumnado - Indicadores asistenciales relacionados con actividad formativa.

RESULTADOS:

Fase I :Se realizaron 50 encuestas. Respondieron 38 mujeres y 12 varones, de los cuales: 34 Médicos/as, 16 enfermeros/as. El 80% de los encuestados desconocía la existencia del protocolo. 20% restante el 5% conocía los documentos a cumplimentar y que medidas de protección se debían tomar. FASE II En el Test realizado previamente a cada sesión, solamente el 10% contestaba correctamente el 80% de las preguntas. Tras la sesión los que contestaba correctamente el 80% era 85%. Se revisó la historia clínica y se comprobó que en el 70% de las pacientes que acuden se sigue el protocolo. Previamente, solo el 5%.

CONCLUSIONES:

La formación se configura como un elemento crítico en la detección y atención de este problema de salud. Hay que incluirla en los programas de formación e implementar medidas de mejora.



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

P-433

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL TRASLADO AL HOSPITAL DE REFERENCIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

AJ Rubio Domínguez, I Arjona Burgos, S Ruiz Rejano,
F Sánchez Molina, PM Castro Cobos

Hospital Alta Resolución de Puente Genil. Córdoba

PALABRAS CLAVE: urgencias médicas-transporte de pacientes-gestión de la calidad**OBJETIVOS:**

Determinar en los pacientes atendidos en las urgencias de un Hospital de Alta Resolución la adecuación del traslado al Hospital de referencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyen todos los pacientes que acudieron a urgencias de nuestro centro y fueron derivados al hospital de referencia durante el 2016. Se extrajo una muestra aleatoria de 350 pacientes y se revisaron informes de alta de ambos centros. Consideramos adecuada aquella derivación que se realizó para valoración por especialista o por necesidad de pruebas complementarias no disponibles en nuestro centro, ambas no excluyentes, o que supuso ingreso del paciente en planta.

RESULTADOS:

Se atendieron 48.561 pacientes en urgencias derivándose al 4.3% (2088). De la muestra obtenida fueron derivados 251 pacientes (71.7%) para valoración por especialista y/o 107 (30.6%) para realización de prueba complementaria. Del total de trasladados ingresaron en planta el 40.9% (143). Atendiendo a los criterios de derivación el 86.6% (303) de los traslados son asumidos como adecuados.

CONCLUSIONES:

El estudio pone de manifiesto el valor resolutivo de un hospital de nuestras características, que atiende a una población de 30.072 habitantes (índice de frecuentación de 1.6). Una proporción elevada de traslados es considerada como adecuada, sin embargo un porcentaje mejorable (13.4%) no cumple ninguna de las indicaciones consideradas, lo que abrirá nuevas vías de estudio de cara a detectar oportunidades e implantar y desarrollar acciones de mejora.

P-439

CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA EN URGENCIAS: NECESIDAD FRENTE A RUTINA

G Garberí Juan, E Guilló Quiles, MP Serrano Sánchez,
MD Belmonte Sánchez, MA Fernández Martínez

Hospital General Universitario de Elche

PALABRAS CLAVE: urgencias médicas-cateterismo periférico-uso terapéutico**OBJETIVOS:**

El objetivo principal de este trabajo es determinar la adecuación de las vías periféricas canalizadas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Elche a lo largo del año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el que se han revisado una muestra aleatoria de pacientes atendidos en Urgencias del Hospital General Universitario de Elche, comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. Se ha utilizado un generador de números aleatorios, permitiendo así eliminar sesgos de estacionalidad, menor afluencia y otras variables, analizándose todos los pacientes que consultaron en el servicio de urgencias esos días. Los criterios para considerar que la canalización venosa es adecuada son: paciente que pasa a observación y/o es ingresado, paciente que precisa tratamiento intravenoso con dos o más fármacos o fluido terapia superior a 500cc. Los criterios de exclusión son: pacientes que acudieron a las áreas de pediatría, traumatología y ginecología, aquellos que a su llegada presentaban vía canalizada desde servicios externos (puntos de atención continuada, centro de salud y servicio de atención médica urgente).

RESULTADOS:

En el año 2016, fueron atendidos 84733 pacientes en nuestro servicio. De ellos, se ha obtenido una muestra aleatoria de 4917 pacientes, de los que 1539 cumplían los criterios de inclusión. Se canalizó una vía periférica a 746 pacientes, siendo inadecuada en el 55.76% de los casos.

CONCLUSIONES:

El capital venoso de los pacientes es limitado, por lo que debemos ser conscientes de las consecuencias y complicaciones que pueden surgir de una técnica que, a priori, nos puede parecer inocua, como la canalización de una vía periférica. Sería interesante establecer protocolos claros en los SUH para indicar cuando está justificada esta técnica.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-441

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MULTIINGRESO (PCCM) ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

FA Guirao Salinas (1), IC Sánchez López (1), P Pérez Martínez (1), L Strobosch Conesa (1), EM Fernández Quijada (1), M Soria Soto (1), P Pérez López (2)

(1) Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) C.S Vistalegre-La Flota. Murcia

PALABRAS CLAVE: comorbidity-hospital care-catchment area (health)

OBJETIVOS:

Describir las características de los PCCM que son atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Analizar los tiempos de atención sanitaria a estos pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo, y de calidad asistencial. Población: PCCM, que han sido atendidos durante el mes de noviembre de 2016, en urgencias de nuestro hospital, que atiende a una población de 248.108 habitantes. Variables analizadas: edad y sexo, procedencia y destino al alta, tiempo de atención y de estancia hospitalaria, número de asistencias a urgencias. Análisis de datos con medidas de tendencia central y de dispersión mediante sistemas estadísticos Excell y SPSS.

RESULTADOS:

En el mes de noviembre de 2016 se atendieron 148 PCCM, que generaron un total de 181 visitas a urgencias. La edad media fue de 79,37 años ($\pm 10,3$ DE). Un 52% fueron hombres. Acudieron en gran parte por decisión propia (56,1%), seguido de derivaciones de los servicios de emergencias extrahospitalarios (31,6%), y en menor número derivados por Atención Primaria (8,7%), consultas externas hospitalarias (2,9%). El 48% acabaron en ingreso hospitalario y un 50,3% dados de alta a domicilio. Un 17,6% consultaron a urgencias 2 o más veces en el mismo mes. La media de tiempo de atención recibida hasta el alta o ingreso fue de 4,1 horas ($\pm 2,73$ DE), sin embargo, el de permanencia en urgencias de 7,32 horas ($\pm 5,31$ DE).

CONCLUSIONES:

Los PCCM son de edad avanzada y habitualmente acuden al servicio de Urgencias por decisión propia, y en la mitad de los casos son enviados de alta a su domicilio. Existe un tiempo de permanencia en urgencias bastante mayor que el de la asistencia. Sería necesario implementar medidas correctoras que posibilitaran la atención de estos pacientes en su propio domicilio, así como acortar los tiempos de atención y permanencia en urgencias.

P-442

CORRELACIÓN ENTRE LA PRIORIDAD I DE TRIAJE Y LA NECESIDAD DE MANEJO EN UNIDAD MONITORIZADA

M Lois Rodríguez, P Mayán Conesa, L Carrajo García

CHU A Coruña

PALABRAS CLAVE: triage-intensive care-validation

OBJETIVOS:

Analizar los ingresos en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) del Hospital Universitario de A Coruña (HUAC) clasificados por el Sistema de Triage Manchester como nivel 1 (Rojo).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y transversal a partir de datos anónimos de los pacientes catalogados como urgencia 1 según el Sistema de Triage Manchester en el Hospital Universitario de A Coruña durante el año 2016.

RESULTADOS:

El total de pacientes de prioridad 1 registrados durante 2016 fue de 1301, de los cuales 280 recibieron el alta directa desde el Servicio de Urgencias, 943 fueron ingresados en otros servicios del hospital y 77 fueron éxitos en el servicio de Urgencias. Las unidades de ingreso fueron: Cardio (13,53) MI y otras (10,53) NCx (1,00%) Neumo (1,92%) Neuro (8,99%) Quemados (1,46%) Trauma (1,54%) UCI (17,52%) UCI Coronarias (10,91%) Medulares (0,54%).

CONCLUSIONES:

Se observa variabilidad en el destino y diagnóstico de los pacientes respecto al discriminador utilizado. Llama la atención el elevado número de altas desde el propio servicio de Urgencias: 3,7% de los cuales esta en proceso de revisión cual es el motivo para estudiar si existe un error en el circuito: Estos datos estarán en la comunicación final junto a su análisis detallado.



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

P-443

CULTURA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

MI Vilanova Barceló, L Rodríguez Quijano, P Soria Candela,
EJ Martínez Lerma, JJ Vives Hernández, MD González Navarro

Hospital Universitario Virgen del Castillo. Murcia

PALABRAS CLAVE: personal sanitario-cultura-seguridad del paciente

OBJETIVOS:

Analizar la cultura de seguridad del profesional sanitario que trabaja en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, utilizando el "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes", validado y adaptado al contexto español de la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, proporcionado por la cooperación del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Se dirigió a todos los profesionales sanitarios del SUH, auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos (incluyendo residentes). Se analizó a través de: Frecuencia de eventos notificados y de Percepción de seguridad, la primera dimensión se evaluó con el siguiente grupo de preguntas, notificación de errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, notificación de los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente, notificación de los errores que no han tenido consecuencias adversas y la segunda con nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad, nuestros procedimientos y medios de trabajos son buenos para evitar errores en la asistencia, no se producen más fallos por casualidad y en esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad.

RESULTADOS:

La encuesta fue cumplimentada por el 84.78%. Sobre la dimensión de percepción de seguridad, el 71.1% de los encuestados afirma verse obligado a aumentar el ritmo de trabajo aunque signifique sacrificar la seguridad del paciente, el resto de cuestiones que evalúan este ítem, no han sido representativos. Ninguno de los ítem sobre frecuencia de eventos notificados ha sido significativos.

CONCLUSIONES:

La dimensión analizada es escasamente abordable, dado que únicamente se obtienen datos significativos como oportunidad de mejora los relativos a modificar el ritmo de trabajo para garantizar la seguridad del paciente.

P-444

EFICIENCIA CLÍNICA EN EL ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA (UUH) Y EL HOSPITAL DE DÍA MEDICO (HDM) PARA LA FERROTERAPIA INTRAVENOSA (FI) CON CARBOXIMALTOSA DE HIERRO (CMH)

P Morera Pérez (1), JM López Suárez (1), N Sevilla Ramírez (1),
C Romo Guajardo-Fajardo (1), E Montero Romero (1),
JM López Chozas (2)

(1) H. U. Virgen del Rocío. Sevilla. (2) Hospital de Día Duques del Infantado. Sevilla

PALABRAS CLAVE: anemia-ferroterapia-gestión clínica

OBJETIVOS:

Cuantificar la menor utilización posible de hemoderivados en la UUH y cuantificar las estancias evitables en la UUH. Inicio de FI preferente en el HDM.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

107 pacientes derivados a la UUH en 2016, diagnosticados de anemia ferropénica de cualquier origen. Se aplica el acuerdo con HDM para FI, bien por no estar en rango transfusional o estándolo, por conciliar tratamiento sin hemoderivados. Si están con inestabilidad hemodinámica se le administra hemoderivados suficiente para aliviar o eliminar la sintomatología y posteriormente FI en HDM. Los pacientes son derivados con protocolo. En el HDM se calcula el déficit de hierro por la tabla reducida según peso $\leq 70\text{ kg}$ y hemoglobina (Hb) $\leq 100\text{ g/L}$, disponible en ficha técnica. Administramos CMH en función del déficit. Analizamos los pacientes en rango transfusional no urgente (Hb $\geq 80\text{ g/L}$) remitidos al HDM, calculando las horas de estancia en la UUH para transfusión (estimadas en 6 h).

RESULTADOS:

De 43 pacientes con Hb $\leq 70\text{ g/L}$ se evitó transfundir a 30. De 29 pacientes con Hb entre 70 y 80 g/L, se evitó transfundir a 20. Los 23 pacientes restantes con Hb $\geq 80\text{ g/L}$ se remitieron para FI al HDM evitándose 2 horas de estancia por paciente. Se ha evitado la transfusión de ≥ 100 concentrados de hematíes, así como 318 horas de estancia hospitalaria en UUH.

CONCLUSIONES:

El acuerdo de gestión entre la Unidad de Urgencias Hospitalaria y el Hospital de Día Medico para este procedimiento supone una herramienta complementaria para la atención integral de los pacientes. Se ha descendido el uso de unidades de sangre transfundidas. Se han evitado 318 horas de estancia hospitalaria, de ocupación de puestos y de trabajo del equipo de la Unidad de Urgencias Hospitalarias, optimizando, así, los recursos.



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

P-445

DETECCIÓN DEL DONANTE MULTITEJIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

M Fuentes Jiménez, A Ortiz Manzano, A Martínez Quesada

Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: detección-donante multitejidos-urgencias y emergencias**OBJETIVOS:**

Analizar los datos de un servicio de urgencias de un hospital de segundo-tercer nivel durante los años 2014-2016 en el campo de la detección de donantes multitejidos. Identificar con ello las características principales de nuestros potenciales donantes fallecidos en parada cardiorrespiratoria y los principales datos clínicos que generan confusión a la hora de ser seleccionados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de potenciales donantes multitejidos fallecidos en nuestro servicio de urgencias durante los años 2014-2016 mediante la revisión de historias clínicas. Las variables analizadas fueron la edad, antecedentes personales de neoplasia, sepsis, bacteriemia, serología VHC, VHB y VIH, junto con el registro en la historia clínica de la activación del protocolo de donación y el aviso a coordinación de trasplantes.

RESULTADOS:

De los 318 pacientes fallecidos en el citado periodo, el 10,7% (34) cumplían criterios como potenciales donantes, siendo el protocolo activado sólo en dos ocasiones (0,63%), presentando uno de ellos serología positiva para VHB finalmente y contraindicando la donación. El 0,63% (2) presentó antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral sin tener datos serológicos que contraindicasen la donación, lo cual generó controversia a la hora de la designación como posible donante. La edad media de nuestros pacientes es 63±5 años por lo que la mayoría lo serán de córnea y tejido osteotendinoso.

CONCLUSIONES:

La formación, el compromiso y la sensibilización de los profesionales en la detección de posibles donantes multitejidos en parada cardiorrespiratoria sigue siendo la piedra angular del proceso. Se confirma la pérdida de potenciales donantes, por lo que existe un margen de mejora muy significativo en este ámbito. A la espera de un análisis estadístico más exhaustivo podemos afirmar que el número de posibles donantes de córnea sin ningún tipo de contraindicación es mucho mayor del que tenemos en la actualidad. Se confirma la dificultad para conseguir tejidos vasculares y tejido valvular en nuestro medio.

P-446

VALORACIÓN DEL GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS POR LOS RESIDENTES

S Sánchez Soler, P Llor Zaragoza, V Martínetti, M Moreno Hernández, D Peñalver Espinosa, J Alcaraz Martínez, I Saura García

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Área VI. Murcia

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente-segundas víctimas-residentes**OBJETIVOS:**

Conocer la valoración por los residentes del grado de seguridad en Urgencias que perciben y la implicación de los mismos en incidentes de seguridad del paciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha utilizado un cuestionario sobre segundas víctimas, basado en tres trabajos publicados sobre residentes, pilotado previamente. Este cuestionario se ha distribuido entre los residentes que realizan guardias en Urgencias en nuestro Hospital. En el se preguntaba por si en el último año se habían visto involucrados directa o indirectamente en algún incidente de seguridad con algún paciente, su posible afectación por el hecho y las consecuencias tanto para el paciente como para el residente. Para contraste de medias se ha utilizado el test de la T de Student.

RESULTADOS:

Se han obtenido un total de 37 cuestionarios. El 64,7% referían tener formación en seguridad del paciente. Del total de encuestados, 21 (60%) refieren haberse visto implicados en algún incidente de seguridad directamente, en una ocasión en la mayor parte de veces (50%), dos de estos profesionales refería haber estado involucrados en dos ocasiones, cinco 3 veces, uno en cuatro y dos hasta 5 veces en el último año, contabilizándose un total de 43 incidentes. Respecto al lugar donde ocurrió el incidente, el 57,2% fue Urgencias, el 11,4% Atención Primaria y el 31,4% en hospitalización. En la valoración del grado de seguridad de urgencias, de 0 a 10, la media global ha sido de 5,8. En este punto se han encontrado diferencias significativas ($p=0,016$ entre encuestados con formación en seguridad del paciente (6,5 puntos) respecto a los que no tenían (4,6). También había diferencias significativas entre pacientes sin implicación en incidentes de seguridad (6,8 puntos) y con implicación (5,1 puntos), más aún si el incidente ocurrió en Urgencias (4,2 puntos).

CONCLUSIONES:

El porcentaje de residentes que se ven implicados en incidentes de seguridad es considerable, siendo Urgencias el servicio donde más incidentes han presenciado. La valoración del grado de seguridad depende de la formación y de la experiencia haberse implicado en incidentes de seguridad.



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

P-449

LA RED DE COMUNICACIONES TETRA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

J Díaz Montero, JM Sesma Lemaire, S Esteban, E Olmos,
F Aguilar Fernández, FJ Quiroga Mellado

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergencias sanitarias-transmisiones-gestión de flotas

OBJETIVOS:

Describir la red TETRA del Ayuntamiento de Madrid, y compararla con la red autonómica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo del funcionamiento de la red TETRA en Madrid desde su última ampliación, en 2016. Aspectos analizados: infraestructura física y organización operativa de SAMUR-Protección Civil. Método: entrevistas con expertos en redes de comunicaciones, revisión bibliográfica y webgráfica existente.

RESULTADOS:

La red TETRA del Ayuntamiento de Madrid, gestionada por el IAM (Informática del Ayuntamiento de Madrid), usa un sistema DIMETRA IP (TETRA + protocolo IP), con mayor versatilidad. Tiene dos zonas, con sendos centros de conmutación: zona 8 y zona 9. Ambas están interconectadas por radioenlace, para transmitirse los mensajes que se envíen entre terminales de zonas diferentes. Cuenta con 19 BTS (Estación Base TETRA): 16 en superficie y 3 en túneles, además de 3 centros de conmutación y 7 amplificadores en túneles. Esto permite cubrir más del 98% de la superficie de Madrid. A nivel de emergencias, esta red es utilizada por SAMUR-Protección Civil, Policía Municipal, Movilidad y Bomberos. En modo trunking, SAMUR dispone de 32 grupos propios, 5 comunes y 5 de Metro de Madrid, entre otros. En modo directo hay 12 canales simplex. En cuanto a la red TETRA de la Comunidad de Madrid, está gestionada por Canalcom. Esta red dispone, en 2015, de 108 BTS. SUMMA 112, en su operativo, trabaja con 3 talkgroups.

CONCLUSIONES:

TETRA es un sistema versátil y sencillo de cara al usuario para la gestión de las comunicaciones en emergencias. A pesar de no ser la solución más barata, sí es una de las mejores en cuanto a relación calidad-precio, aportando, además, la elevada fiabilidad que le da ser un sistema diseñado específicamente para emergencias.

P-450

VAMOS A ENTENDER NOS

A García Hernández, S Malvar González, R Cuñado Cerro,
M Azkuenaga Martín, R Ramos Gómez, I Lamas Fernández,
I Paredes Trigueros

Ambulancias Gipuzkoa S. Coop.

PALABRAS CLAVE: teléfono-comunicación-lenguaje

OBJETIVOS:

- Implementar una herramienta de comunicación entre la víctima e intervinientes en el medio extrahospitalario. - Dotar de calidad y universalidad al abordaje integral del paciente, desde la valoración inicial así como dotarle de seguridad y respaldo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Trabajo observacional descriptivo del empleo del dispositivo por nuestras unidades de SVAm extrahospitalarias haciendo una evaluación de su adecuación como elemento facilitador en la práctica asistencial.

RESULTADOS:

Gracias al dispositivo instalado disponemos de casi 50 idiomas las 24 h del día y con una respuesta en menos de 30 segundos en contactar y poder interactuar con la víctima una conversación en el idioma que se necesite.

CONCLUSIONES:

Se hace evidente la necesidad de adaptación a la realidad social desarrollando herramientas para salvar las barreras en cuanto a la comunicación con los pacientes como parte vital dentro de la valoración primaria y secundaria de pacientes en situaciones de emergencia. El conocimiento del idioma del usuario aporta valor a una comunicación eficiente, el inglés se ha demostrado que no es el idioma para vehicular la comunicación cuando cada vez son más los idiomas y orígenes de los pacientes que asistimos.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-451

USO DE LAS APLICACIONES OFIMÁTICAS EN LA COORDINACIÓN DE DRP Y AMV

I Ferrero Palma, JM Sesma Leaire, A Prieto Sánchez,
F Aguilar Fernández, C Feital García, C Canencia Hernández

Protección Civil-SAMUR Ayuntamiento de Madrid

PALABRAS CLAVE: comunicaciones-dispositivo riesgo previsible-incidentes de múltiples víctimas

OBJETIVOS:

Analizar el manejo y utilidad de la herramienta en la gestión de DRP en un servicio de emergencias médico (SEM) prehospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: DRP en los que se ha utilizado la herramienta en un SEM prehospitalario de la ciudad de Madrid, desde la implantación de la herramienta el 5 de enero 2015. Variables estudiadas: número de dispositivos en los que se ha usado, número de pacientes atendidos, número de unidades gestionadas por operativo, así como localización del centro de coordinación. Los datos se obtuvieron de los registros de DRP.

RESULTADOS:

Se han valorado los 44 DRP en los que se ha usado. El máximo número de unidades en un DRP ha sido 48 y el mínimo 2. P50= 11; P75=17. El máximo número de pacientes atendidos en un DRP ha sido 223 y el mínimo 0. P50=10, P75=29.5. El total de avisos atendidos en los DRP ha sido 1219. Todos los DRP se han atendido desde el autobús de Coordinación (CICOIN-CISEM MOVIL).

CONCLUSIONES:

El rango de utilidad es versátil gestiona DRP con gran número de unidades como DRP con menos unidades. Permite gestionar la atención con alto número de pacientes. Es estable tanto online como offline, permitiendo su uso en Unidades Móviles a través de un portátil. No se ha probado su uso en AMV, aunque podemos extrapolar con los datos de los DRP que debido a su versatilidad para trabajar en entornos con pocos medios tecnológicos y facilidad de configuración es una herramienta apropiada para la gestión de AMV. Al no incluir datos de filiación sino códigos internos, permite su uso por diferente personal sin incumplir la LOPD.

A-313

MEJORAS EN GESTIÓN CLÍNICA. CIRCUITOS ASISTENCIALES EN URGENCIAS

MT Fuentes Ochoa, C Pinilla Ducar, MA Lumbreras Castillejo,
V Martínez Martínez, T Antón Casas, L Jiménez Martínez,
V Simón Ruiz

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-315

¿QUÉ ME DICES?

MT Corredor Rodenas (1), CM Blanco Palomo (2), M Torcal Baz (1)

(1) PAC Tomelloso I. Ciudad Real. (2) CS Tomelloso I. Ciudad Real

A-326

GESTIÓN DE MUESTRAS JUDICIALES DE TÓXICOS EN URGENCIAS. CADENA DE CUSTODIA

V Martínez Martínez, MT Fuentes Ochoa, J Alonso Caballero,
L Jiménez Martínez, T Antón Casas, M Falces Añón, E Jaén Bedate

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-327

REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN URGENCIAS. ¿DEBERÍA ESTAR PRESENTE LA FAMILIA?

V Martínez Martínez, L Jiménez Martínez, J Alonso Caballero,
MC Gallardo Delgado, MT Fuentes Ochoa, T Antón Casas,
M Falces Añón

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-332

PROPUESTA DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA Y ACOMPAÑANTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ML López Jarrod, A. Sánchez Valdés, I. Mena Delgado,
R. Martín Horcajo, T. Hidalgo Roldán

Fundación Sanitaria Mollet. Barcelona



índice temático



índice autores



inicio



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

A-333

UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA PREVIA
EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIAI Feliu Pérez (1), MJ Ruiz Vert (2), O Marquina Peralta (1),
A Pau Massoni (1), S Oliveras Menor (1), G Fustegueras Mir (2)

(1) SEM. (2) ICS

A-349

CÓDIGO PÁNICO: ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO
OPERATIVO (PO) PARA UNA RESPUESTA RÁPIDA ANTE
AGRESIONES REALES O POTENCIALES AL PERSONAL DE UN
SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM)A Mascaró Galmés, M Navarro Miró, P Montero Paris,
FJ Micó Cuenca, I Unzaga Ercilla, MA Díaz Paradela

Gerencia 061. Illes Balears

A-354

HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DE MANISES: CIRCUITO PARA POBLACIÓN VULNERABLEA Bueno Rodríguez, A Guerrero Aparicio, I Romero Martínez,
F Aparicio Medina, N Cámara Coronado, A Mora Aguas,
I González Martínez

Hospital de Manises. Valencia

A-356

PILOTO DE LOCALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN LA
UNIDAD DE URGENCIAS. APLICACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

OJ Salmerón Béliz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-357

¿RECIBEN LOS EXTRANJEROS MÁS ASISTENCIAS EN
URGENCIAS QUE LOS ESPAÑOLES?

J Velasco Montes (1), S González Díez (2)

(1) Hospital de Leza. Álava. (2) Centro de Salud de Calahorra. La Rioja

A-358

¿INFLUYE EL TIPO DE JORNADA LABORAL DE NUESTROS
PACIENTES EN EL NÚMERO DE ASISTENCIAS QUE RECIBEN
EN URGENCIAS?

J Velasco Montes (1), S González Díez (2)

(1) Hospital de Leza. Álava. (2) Centro de Salud de Calahorra. La Rioja

A-360

MEDICIÓN DEL ESTRÉS LABORAL SOBRE EL PROFESIONAL
SEGÚN CARGA DE TRABAJOA Ibarra Bolt (1), M Cildoz (2), FJ Lucas Lerga (1),
F Mallor Giménez (2), C Azcárate (2), Y Encina Aguirre (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra. (2) UPNA

A-407

UN RETO POR SEGURIDAD: ESTANDARIZACIÓN DE LA
TRANSFERENCIA DEL PACIENTE ENTRE LOS DIFERENTES
NIVELESI Miguéns Blanco, A De Lorenzo Pinto, R García Sánchez, G Sánchez
Fernández, JA Sevillano Fernández, J Andueza Lillo, P Busca Ostolaza

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

A-410

GESTIÓN DEL TIEMPO EN UCI: CUIDADO COLABORATIVO
TEMPORAL DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS

E Moreno Millán

Universidad de Almería

A-418

¿QUÉ PASA EN URGENCIAS CON PERSONAS EN SITUACIONES
DE RIESGO SOCIAL AL ALTA? CARACTERÍSTICAS Y
CIRCUNSTANCIAS DE NUESTRA POBLACIÓN

S García Codornie, E García Chacón, MC Marín Vega

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz



CAPÍTULO 5

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-457

ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS NIÑOS/AS Y ACOMPAÑANTES ANTE UN PROCESO URGENTE QUE IMPLICA DOLOR, ANSIEDAD Y MIEDO. MANUAL DE PADRES

N García Aracil (1), A Sanjuán Quiles (2), MB Rico Molina (3), B Ayela Barceló (3), J Frontela Losa (3), JD Ramos Pichardo (4)

(1) SES SAMU. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (UA).

(2) Departamento de Enfermería. UA, (3) Hospital General Universitario de Alicante. (4) Departamento de Enfermería de Huelva

PALABRAS CLAVE: distracción activa-ansiedad-punción venosa

OBJETIVOS:

Aumentar su participación en la distracción activa y disminuir su ansiedad ante la enfermedad de su hijo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se llevó a cabo el diseño de la información conjuntamente con los profesionales de la SUP en formato folleto explicativo. Se definieron dos grupos, uno con distracción dirigida con el dispositivo BUZZY® (grupo experimental GE) y otro sin distracción (grupo control GC). Se entregó el folleto al GE. El procedimiento doloroso a realizar fue la canalización venosa periférica o una punción venosa para extracción sanguínea. Se valoró la ansiedad del acompañante mediante la escala Stai-estado versión corta de 7 ítems.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos muestran que la ansiedad del acompañante fue menor en los casos que recibieron la información del folleto ($\bar{x} = 6.09$ en el GE frente a $\bar{x} = 12.33$ en el GC). La intervención con distracción activa mediante el dispositivo mantiene valores inferiores de ansiedad que en aquellos en los que no tuvieron ningún tipo de intervención.

CONCLUSIONES:

La información para los acompañantes junto con una distracción activa en el niño, mejora la ansiedad del acompañante. Cuando los padres/acompañantes forman parte del proceso de salud de forma activa, disminuye su ansiedad e influye de manera positiva en el bienestar de los niños.

O-459

LOXAPINA EN ESTADOS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA ENFERMEDAD MENTAL: ¿SÓLO UNA ALTERNATIVA O TAMBIÉN UNA OPORTUNIDAD?

M Alonso Sánchez, M Elizondo Giménez, D Galán Caletégui, O Esquilas Sánchez, JM Penín Peón

Ayto. de Madrid. SAMUR-Protección Civil

PALABRAS CLAVE: loxapine-psychomotor agitation-schizophrenia

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad clínica, satisfacción sanitario y paciente tras la administración de loxapina inhalada en pacientes con enfermedad mental y agitación psicomotriz leve-moderada, en SAMUR-PC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Observacional de cohortes prospectivo. Población: pacientes atendidos en SAMUR, con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia y agitación psicomotriz leve-moderada, excluyendo pacientes asmáticos, Madrid 2015-2016. Recogida de datos mediante cumplimentación de registro de casos con variables demográficas, clínicas, efectividad del fármaco y satisfacción del paciente y profesional.

RESULTADOS:

Utilizamos loxapina en 10 casos, tras consentimiento del paciente, con agitación psicomotriz leve-moderada. Perfil: varón (77,8%), edad media de 37,8 (DE 10,2), diagnóstico esquizofrenia 55,6% de casos y resto: trastorno bipolar. Conseguimos reducir ICG 2 puntos en 33,3%, normalizó PAS y PAD ≥ 20 mmHg en 55,6%, reduciendo FC más 20 lpm al 33,3%, mejorando el patrón respiratorio de ansiedad 33% casos. Contención verbal mejora con el fármaco en 88,9% requiriendo contención física 11,1%. El 66,6% refiere leve disgeusia tras administración. El 100% de pacientes muestra satisfacción con el fármaco. La satisfacción del sanitario se relaciona de forma significativa con normalización de PAS en ≥ 20 mmHg ($p = 0,018$) tras administración y reducción de contención verbal ($p = 0,016$).

CONCLUSIONES:

Loxapina inhalada supone una presentación no invasiva, de acción rápida y bien tolerada, ofrece además de seguridad clínica, oportunidad al paciente de colaborar en el tratamiento, evita el uso de fuerza, humaniza el traslado, favorece relación sanitario-paciente *in situ* y a largo plazo, y probablemente repercuta en una mejor evaluación posterior del paciente.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-463

RECORRIDO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA PEDIÁTRICA, ¿NECESITAMOS SUPERPODERES?

S Sanz Sáez (1), MJ García Ochoa (2), J Gajate Cano (2),
C Fernández Candelas (3), F Gómez Mascaraque (3),
S Justo Morato (4), J Guerrero Melle (5)

(1) Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. (2) SAMUR-Protección Civil. Madrid.
(3) Voluntario SAMUR-PC. Bombero Ayto. de Madrid. (4) Voluntaria SAMUR-PC.
(5) Voluntario SAMUR-PC

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-pediatría-supervivencia

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia de PCR, características epidemiológicas y tasa supervivencia a 7 días.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Observacional retrospectivo. Inclusión: PCR atendidas por SVA y trasladados con pulso. Exclusión: ≥ 18 años. Ámbito: emergencias extrahospitalarias. Periodo: 2001-2016. Variables: epidemiológicas (edad-sexo), tiempo llegada y actuación SVA, RCP por lego. Ritmo inicial. Variable resultado: supervivencia a 7 días. Estadística: medidas centrales, de dispersión, frecuencias relativas y absolutas. Contraste de hipótesis: normalidad, chi-cuadrado, TStudent y estadístico exacto Fisher, $p < 0.05$.

RESULTADOS:

2176 PCR totales, siendo 22 pediátricas (1.01%). Edad media: 11(DE:5.19) (2-17 años), 13 varones (59.1%). Sin diferencia entre edad y sexo ($p = 0.15$). El 68.2% (15) etiología traumática (4 ahogados, 40 VACEs, 2 intoxicados por humo, 1 aplastamiento, 3 accidentes tráfico, 1 arma blanca) y el 31.8% (7) médicas (4 con cardiopatía previa). Un 65,4% ritmo inicial no desfibrilable (10 asistolas 3 AESP) y 34,4% desfibrilable. La vía intraósea fue canalizada en 3 casos (13,6%). La supervivencia a 7 días fue de 10 casos (45,5%). El SVA llegó de media: 8,49 min (DE:5,72) y el tiempo de asistencia *in situ* 35,87 min (DE:11,99). Se realizaron RCP por lego en 10 ocasiones (45,5%). fue presenciada por SVA en 2 casos (9,1%). Presenta asociación estadística entre la actuación por lego y supervivencia a 7 días ($p = 0.035$) sin asociación en edad ni tiempos de llegada. Existe tendencia estadística positiva el origen médico de PCR (residuos tipificados +1.7) con supervivencia, sin conseguir ser significativa ($p = 0.11$).

CONCLUSIONES:

Solo en 1/100 casos atendidos fueron menores. El perfil de paciente pediátrico es en varón adolescente, destacando la etiología de parada por asfixia y el antecedente cardiópata. Prácticamente la mitad de los niños sobreviven a los 7 días. Solo en 3 casos se canalizó una vía intraósea, a pesar de estar muy presente en nuestra práctica. Es destacable que en casi la mitad de los casos se comienzan maniobras de RCP por el ciudadano, cobrando esto especial importancia por ser la característica asociada claramente con la probabilidad de vida.

O-485

UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL

RM Capilla Pueyo, C Bermejo Boixareu, G Dominijanni,
D Pérez Pedrero, B Gutiérrez Parres, A Medina Carrizo,
I Roch Hammelin

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: institucionalizado-urgencias-atencion

OBJETIVOS:

Implantación de una unidad específica de atención al paciente geriátrico institucionalizado en el servicio de urgencias, y evaluación de los resultados en los primeros seis meses de funcionamiento.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La unidad se adaptó estructuralmente a los requerimientos de estos pacientes, con 12 camas y teléfono de contacto con residencias 24 horas al día todos los días del año. Elaboramos protocolos de patologías más prevalentes para unificar las decisiones clínicas, valoración geriátrica integral dentro del servicio de urgencias, conciliación de medicamentos y seguimiento telefónico al alta de todos los pacientes atendidos.

RESULTADOS:

Durante el primer semestre fueron atendidos 1200 ancianos con un tiempo de estancia medio de 17 horas y 15 minutos frente a 30 horas y 40 minutos de estudios previos. El 50% fue dado de alta a residencia y un promedio de 28% ingresaron en nuestro centro. Asimismo se realizaron más de 200 traslados a la unidad geriátrica de agudos del hospital de la cruz roja. Asimismo se hicieron más de 100 llamadas mensuales de control a residencias y un promedio de 200 intervenciones mensuales de conciliación de fármacos.

CONCLUSIONES:

La valoración multidisciplinar continuada y adaptada de los pacientes institucionalizados en urgencias optimiza su atención, agiliza la toma de decisiones y mejora el circuito asistencial del servicio en su conjunto.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-500

RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS SEGÚN EL TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) APLICADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

C Bolado Jiménez (1), H Fernández Ovalle (2), I Andrés García (3), MF Muñoz Moreno (4), MC Salas Butrón (4), DA de Luis Román (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico de Valladolid. Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. (3) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (4) Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (5) Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de IEN. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

PALABRAS CLAVE: malnutrición-MNA-anciano

OBJETIVOS:

Describir el perfil del paciente anciano atendido Urgencias en riesgo de malnutrición o malnutrición establecida mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) y analizar factores asociados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo del riesgo de malnutrición en pacientes de ≥ 70 años atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre Enero-Mayo 2016. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para predecir el riesgo de malnutrición medido con el test MNA. Las variables estadísticamente significativas a nivel 0,1 se incluyeron en el análisis multivariante.

RESULTADOS:

Ajustado por edad y sexo, por cada aumento en una unidad de las visitas o frecuentación al servicio de urgencias, los pacientes tienen un riesgo 41% mayor de desarrollar malnutrición (IC 1,14-1,74, $p = 0,002$). Aquellos dependientes para las actividades de la vida diaria tienen un riesgo 7,61 veces mayor (IC 1,65-35,11, $p = 0,009$), los que presentan un Volumen Corpuscular Medio menor de 80 tienen una probabilidad 9,17 veces más de desarrollar desnutrición (IC 1,96-42,86, $p = 0,005$), los que presentan enfermedad hematológica tienen una probabilidad 8,87 veces mayor (IC 1,79-43,76, $p = 0,007$), los de enfermedad traumatológica-reumatoidea un riesgo 4,41 veces mayor (IC 1,34-14,53, $p = 0,015$), tratados con antiagregantes presentan 2,65 veces más riesgo (IC 1,27-5,52, $p = 0,009$) y con psicofármacos 3,32 veces mayor (IC 1,65-6,66, $p = 0,001$). Por cada aumento en una unidad en el IMC, los pacientes tienen un 12% menos de riesgo de desarrollar malnutrición (IC 0,81-0,95, $p = 0,001$).

CONCLUSIONES:

El número de visitas a Urgencias, la dependencia para las actividades de la vida diaria, el VCM bajo, la enfermedad hematológica y traumatológica-reumatológica y el tratamiento con antiagregantes y psicofármacos son factores de riesgo para la malnutrición en el anciano. El IMC elevado protege de la malnutrición.

O-501

RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS SEGÚN EL CUESTIONARIO MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST) APLICADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C Bolado Jiménez (1), H Fernández Ovalle (2), I Andrés García (3), MF Muñoz Moreno (4), MC Salas Butrón (4), DA de Luis Román (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico de Valladolid. Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. (3) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (4) Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (5) Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de IEN. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

PALABRAS CLAVE: malnutrición-MUST-anciano

OBJETIVOS:

Describir el perfil del paciente anciano atendido en Urgencias en riesgo de malnutrición mediante el cuestionario Malnutrition Universal Screening Tool (MUST, 0 = Riesgo bajo, 1 = Riesgo medio, 2 = Riesgo alto) y analizar los factores asociados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo del riesgo de malnutrición en pacientes de 70 años o más atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre Enero y Mayo de 2016. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para predecir el riesgo de malnutrición medido con el test MUST. Las variables estadísticamente significativas a nivel 0,1 se incluyeron en el análisis multivariante.

RESULTADOS:

De un total de 288 pacientes, con edad media de 81,1 años (DE: 6,57) el 70,5% tuvieron riesgo de malnutrición bajo, el 21,5% riesgo intermedio y el 8% un riesgo alto de malnutrición. Según el cuestionario MUST, el 36,1% de las mujeres presenta riesgo de malnutrición alto, frente al 22,9% de los hombres ($p = 0,014$). Los pacientes que presentaron riesgo de malnutrición elevado tenían una edad media casi dos años mayor (82,35 vs. 80,52 años), diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,031$). Ajustado por edad y sexo, por cada aumento en una unidad en el Índice de Masa Corporal (IMC), los pacientes tienen un 40% menos de riesgo de desarrollar malnutrición ($p = 0,014$).

CONCLUSIONES:

Las mujeres presentan mayor riesgo de malnutrición que los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El riesgo de malnutrición se relaciona con la edad de forma estadísticamente significativa. Ajustado por edad y sexo, por cada aumento en una unidad en el IMC, los pacientes tienen un 40% menos de riesgo de desarrollar malnutrición.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-508

INGESTAS MEDICAMENTOSAS VOLUNTARIAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

J Gallardo Bautista, C Jiménez Hidalgo, JL Gálvez San Román,
CR Bueno Mariscal, E Oncala Sibajas, MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: anciano-intento de suicidio-intoxicación

OBJETIVOS:

Describir las características de las ingestas medicamentosas voluntarias en personas mayores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra global 780 pacientes con ingesta recogidos desde Enero de 2014 a Enero de 2017. Se midieron variables de edad, sexo, antecedentes, fármaco ingerido, motivo del gesto autolítico, demora media, procedimiento terapéutico, derivación desde urgencias.

RESULTADOS:

Sobre el total de 780 ingestas voluntarias recogidas, se detectaron 22 casos en mayores de 65 años (2.8%), Mujeres: 19 casos. Edad: Rango 66-91 años, media 74.1, mediana 72. No antecedentes de ingesta previa en 15. Antecedentes psiquiátricos: Ninguno 6, Depresión 15, ansiedad 2, Trastorno personalidad 5. Varios tenían trastornos mixtos. Tipo de fármaco ingerido mayoritariamente benzodiazepinas, en 13 casos de forma única y, en 3 más en combinación con antidepresivos. Polimedicamentosa de medicación habitual en 5 casos. Se describía con exactitud el tipo y cuantía del medicamento ingerido en 16 casos. Demora de llegada al hospital: Encontrados inconscientes 7 casos en los que no se pudo determinar con exactitud. En los demás la demora fue de 6 h 30 min. Se utilizó lavado gástrico en 16 y administración de carbón activado en 18. Antídoto más utilizado: Flumacénilo en 18 casos, naloxona 1 y N-acetilcisteína 1. Derivación al alta a domicilio: Directa tras valoración por psiquiatra solo en 7 casos. No autocrítica en 14 casos, y precisaron ingreso 15: 12 en salud mental y 3 en planta de Medicina Interna. Su estancia media adicional fue de 2.61 días más. El motivo de ingesta más referido fue la soledad (13), seguido de sentimiento de carga por dependencia (9), sobrecarga de cuidador de otra persona (5), disfunción familiar 4 y situación económica precaria 2.

CONCLUSIONES:

Las ingestas en ancianos son raras. El fármaco más ingerido fueron benzodiazepinas por lo que el antídoto más utilizado fue el flumacénilo. Sus motivos son muy distintos a los de personas más jóvenes y de índole social. Precisaron ingreso con mucha frecuencia.

O-529

5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN SANIDAD PEDIÁTRICA PRIVADA DE URGENCIAS. ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

L Orellano Sierra, O Gracia Trallero, M Viñas Viña, L Fernández Liarte,
JL del Carpio Ramos, AM Otero Giordano

Hospital Universitario Dexeus Quirón. Barcelona

PALABRAS CLAVE: pediatrics-private health-emergency department

OBJETIVOS:

Analizar la actividad de urgencias pediátricas en los últimos 6 años en un Hospital Universitario terciario privado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes entre 0 a 15 años, visitados en Urgencias de Pediatría en el Hospital Universitario Quirón Dexeus entre 2010-2016

RESULTADOS:

En este periodo se han visitado una media de 23.477 urgencias/año. El 53% fueron varones y 47% niñas. Los menores de 2 años representan el 52% de las visitas. El tiempo medio global de estancia en urgencias fue de 72 minutos. En la distribución según hora del día se observa dos picos de máxima afluencia entre 11 a 13 horas y de 18 a 20 horas. La patología respiratoria representa el 48% del total, siendo los diagnósticos más frecuentes: Infección respiratoria alta de origen vírico, Otitis media aguda, Bronquitis y Bronquiolitis. Le sigue en frecuencia la patología digestiva con un 11%, siendo la gastroenteritis aguda, los vómitos epidémicos y dolor abdominal los más frecuentes. Los exantemas, la fiebre y las virasis representan un 2,5% cada uno de ellos. La tasa de ingreso también ha aumentado en este periodo de 2,6/mil a 3,2/mil. Los diagnósticos más frecuentes al ingreso desde urgencias fueron: Bronquiolitis, Bronquitis obstructiva/Broncoespasmo, Gastroenteritis, Apendicitis Aguda y Neumonía/Bronconeumonía.

CONCLUSIONES:

El evidente incremento de pacientes pediátricos que optan por la sanidad privada, de manera exclusiva o como complemento de la pública, junto con la elevada exigencia de los profesionales y los propios centros, confiere un gran potencial de crecimiento y desarrollo en el campo de la pediatría. Esto debería permitir una mejora sustancial en la calidad de asistencia y en la creación de campos de investigación en pediatría en los hospitales privados a semejanza de lo que ocurre en los centros públicos.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-550

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRANSPORTE AÉREO SANITARIO EN DISTINTOS PAÍSES OCCIDENTALES EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA AVIACIÓN (1920-1927)

MA González Canomanuel

*Hospital Virgen de la Salud. Toledo***PALABRAS CLAVE:** transporte aéreo sanitario-historia de la medicina-aeroevacuaciones**OBJETIVOS:**

Descripción y comparación de los sistemas de transporte aéreo de enfermos en distintos países europeos después de la Primera Guerra Mundial.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis documental de corte histórico basado en fuentes primarias institucionales del Archivo del Ejército del Aire, Centro de Documentación de la Cruz Roja y fuentes hemerográficas coetáneas.

RESULTADOS:

Francia desarrolló el sistema más amplio de transporte aéreo sanitario en sus colonias del norte de África, próximo oriente y Asia teniendo en algunos momentos más de 160 aviones sanitarios. Los recursos que emplearon de los demás países europeos fueron menores destacando Suecia, Polonia, Italia e Inglaterra. En España el número de aviones empleados fueron 4 siendo considerados suficientes para las necesidades.

CONCLUSIONES:

Los sistemas de transporte aéreo de enfermos se establecen en los países más avanzados europeos en la década de los años veinte, siendo el francés el mayor en número y más extenso en cobertura. En los demás países se establecen organizaciones con recursos más limitados. En España los recursos son pequeños pero se desarrolla una estructura suficiente para las necesidades.

O-562

EVALUACIÓN DE POSIBLES DONANTES DE LOS PACIENTES FALLECIDOS POR LESIÓN CATASTRÓFICA CEREBRAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

B Pérez Deago (1), S Charro Alonso (1), O Rodríguez Maroto (1), M Casanueva Gutiérrez (1), S Llorente Álvarez (2), M Solís López (2)

*(1) Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. (2) Servicio de Asistencia Médica Urgente. Principado de Asturias***PALABRAS CLAVE:** obtención de tejidos y órganos-servicios médicos de urgencia-trasplante de órganos**OBJETIVOS:**

Identificar posibles candidatos para donación de órganos entre los fallecidos en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal de segundo nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo durante el periodo 01/01/2015 - 31/12/2015. Se incluyeron en el estudio todos los fallecidos en el Servicio de Urgencias que cumplieron los siguientes criterios: >14 años, ? 85 años, y con prueba de imagen con patología cerebral aguda catastrófica. Se excluyeron los pacientes que presentaban: neoplasia activa, enfermedad infecciosa diseminada y/o VIH.

RESULTADOS:

De 95720 pacientes atendidos, fallecieron durante el proceso asistencial 191 pacientes (0,2%) Del total de fallecidos, 13 de ellos (6,8%) reunían los criterios del estudio, por lo que cumplían los requisitos necesarios para solicitud de donación de órganos. La mediana de edad fue de 81 años (rango 66-85 años) con una proporción hombres:mujeres 1:1. En el 45,46% de los casos la etiología de la lesión neurológica fue traumática. Desde su ingreso el fallecimiento se consideró previsible en el 100% de los casos. Fueron valorados por el Servicio de Neurología 11 de ellos (84,64%) y por Neurocirugía tan solo dos. La estancia media fue de 14 horas 57 minutos. Únicamente en uno de los pacientes consta en historia clínica que fue valorada la donación.

CONCLUSIONES:

La detección de posibles donantes debe considerarse una de las labores de los facultativos de los servicios de Urgencias. Por ello, es fundamental implicar a las instituciones y a los profesionales sanitarios para conseguir una adecuada formación tanto para la detección como para la difícil tarea de solicitar la donación. El objetivo final sería solicitar la donación a la totalidad de los posibles donantes atendidos en los servicios de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-564

VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN PACIENTES ANCIANOS
DADOS DE ALTA DE UNA UCE DE URGENCIAS

M De la Cruz García, C Fernández Alonso, L Fernández Hernández,
MI Jiménez Santana, ME Fuentes Ferrer, J Perdignes García,
FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: valoración-multidimensional-ancianos UCE

OBJETIVOS:

Describir una valoración multidimensional llevada a cabo en pacientes ancianos de riesgo dados de alta de una UCE de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes > 75 años de riesgo según escala Identification of Senior at Risk (ISAR) al ingreso, en la UCE del hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2016. Dos médicos adjuntos al Servicio de Urgencias con formación en medicina geriátrica y de urgencias elaboraron un protocolo de valoración geriátrica adaptada que incluyó variables clínico-asistenciales, nutricionales, funcionales, mentales y sociales. El estudio fue aprobado por Comité Ético de Investigación del centro.

RESULTADOS:

Se incluyeron 180 pacientes con 84 + 5 años, 110 (61,1%) fueron mujeres y 70 (38,9%) hombres. 180 (100,0%) ISAR>2, 118(65,6%) >3. Diagnóstico principal agrupado: 31 (17,4%) Cardiovascular -respiratorio, 49 (27,5%) Digestivo, 43 (24,2%) Infeccioso, 55 (30,9%) otro. 109 (60,6%) presentaron alta comorbilidad (índice de Charlson > 3), 140 (77,8%) polifarmacia (toma 5 o más fármacos), 94 (52,2%) riesgo de Malnutrición (MNA-SF <11), 25 (13,8%) Prescripción inapropiada según criterios STOPP/START, 43 (23,9%) eran independientes o presentaban dependencia leve, 99 (55,0%) dependencia moderada (índice Barthel <90 y >60) y 38 (21,1%) dependencia severa al ingreso, 57 (31,7%) realizaban el test timed up and go en menos de 10 segundos, 87 (48,3%) emplearon más de 10 segundos y 36 (20,0%) no fueron capaces. 83 (46,1%) presentaron demencia o probable deterioro cognitivo (Six Item Screener +), 17 (9,4%) delirium (Confusion Assessment Method+) y 26 (14,4%) vivía solo o con dependiente. La Estancia mediana fue de 2 (1-3) días.

CONCLUSIONES:

La Valoración multidimensional en pacientes ancianos frágiles o de riesgo resulta de utilidad para identificar una serie de problemas sobre los que se podría establecer un plan de intervención con intención de mejorar resultados al alta de la UCE.

O-565

INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL Y MULTIDISCIPLINAR
EN PACIENTES ANCIANOS DADOS DE ALTA DE UNA UCE DE URGENCIAS

MI Jiménez Santana, C Fernández Alonso, L Fernández Hernández,
M De la Cruz García, ME Fuentes Ferrer, FJ Martín Sánchez,
JJ González Armengol

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: intervención-multidimensional y multidisciplinar-ancianos UCE

OBJETIVOS:

Describir una intervención multidimensional y multidisciplinar llevada a cabo en pacientes ancianos de riesgo dados de alta de una Unidad de Corta de Estancia (UCE) de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes con 75 años o más considerados de riesgo según escala ISAR al ingreso, en la UCE del hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2016. Se elaboró un plan de intervención multidimensional (clínica, nutricional, funcional, mental y social) y multidisciplinar (contactar con enfermería de enlace hospitalaria y/o trabajadora social de urgencias). El estudio fue aprobado por Comité Ético de Investigación del centro.

RESULTADOS:

Se incluyeron 180 pacientes con 84+-5 años, 110 (61,1%) fueron mujeres. Antes del alta de la UCE: 157 (87,2%) recibieron Intervención Clínica (gestión de cita con médico de atención primaria o especializada, hospitalización o cuidados paliativos a domicilio) y/o farmacológica (prescripción inadecuada), 21 (11,7%) Intervención Nutricional (consulta de nutrición y/o inicio de suplementos), 24 (13,3%) Intervención Funcional (cita en Rehabilitación y/o Geriátrica), 31 (17,2%) Intervención Mental (cita en Neurología o Geriátrica e inicio de tratamiento farmacológico) y 43 (23,9%) Intervención Social (gestión de nuevo recurso social domiciliario o activar protocolo violencia). En 80 (44,4%) pacientes se solicitó intervención por Enfermería de enlace hospitalaria estableciendo contacto con Atención Primaria o especializada y/o intervención por Trabajadora Social de Urgencias para información/gestión de recursos y contactar con servicios sociales. La Estancia mediana fue de 2 (1-3) días.

CONCLUSIONES:

Se describe un programa piloto de intervención multidimensional y multidisciplinar en ancianos de riesgo dados de alta de una UCE con intención de mejorar los resultados.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-566

RESULTADOS A 30 DÍAS DE UNA INTERVENCIÓN
MULTIDIMENSIONAL Y MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES
ANCIANOS AL ALTA DE UNA UCE DE URGENCIAS

L Fernández Hernández, C Fernández Alonso, M de la Cruz García,
MI Jiménez Santana, ME Fuentes Ferrer, FJ Martín Sánchez,
JJ González Armengol

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: resultados a 30 días-intervención-ancianos UCE

OBJETIVOS:

Describir los resultados obtenidos en ancianos de riesgo tras una intervención multidimensional y multidisciplinar al alta de una Unidad de Corta de Estancia (UCE) de urgencias en términos de reingreso, deterioro funcional y exitus a 30 días del alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes con 75 años o más considerados de riesgo según escala ISAR al ingreso, en la UCE del hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2016. Se elaboró un plan de intervención multidimensional (clínica, nutricional, funcional, mental y social) y multidisciplinar (contactar con enfermería de enlace hospitalaria y/o trabajadora social de urgencias). Otros investigadores realizaron el seguimiento telefónico a 30 del alta y evaluaron los resultados. Las variables de resultado fueron: reingreso en hospital, deterioro funcional (dependencia severa según índice de Barthel <60 no presente de forma basal) y exitus. El estudio fue aprobado por Comité Ético de Investigación del centro.

RESULTADOS:

Se incluyeron 180 pacientes con 84 + 5 años, 110 (61,1%) fueron mujeres. Todos los pacientes recibieron algún tipo de intervención y seguimiento telefónico. Intervención Multidimensional: 157 (87,2%) Clínica, 21 (11,7%) Nutricional, 24 (13,3%) Funcional, 31 (17,2%) Mental y 43 (23,9%) Social. Intervención Multidisciplinar: 80 (44,4%) por Enfermería de Enlace y/o Trabajadora Social. Resultados a 30 días: 23 (12,8%) reingreso hospitalario, 12 (6,6%) deterioro funcional (Índice Barthel <60 en seguimiento y > 60 de forma basal) no presente de forma basal antes de visita índice y 2 (1,1%) exitus. 29 (16,1%) presentaron algún resultado adverso.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente solo uno de cada seis ancianos de riesgo que recibió intervención multidimensional y/o disciplinar presentó algún resultado adverso (reingreso más que deterioro funcional o exitus) a 30 días del alta de la UCE. Es probable que la intervención realizada mejore los resultados.

O-567

EL TELÉFONO MÓVIL EN LA CONSULTA DE URGENCIAS.
ESTABLECIENDO UN PATRÓN

F Moreno Obregón (1), A Pareja-Obregón Prieto (2),
D León Jiménez (3), MR Zambrano Olivo (4), M García Rodríguez (4),
Y Zakariya (4)

(1) UGC Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva. (2) UGC Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. (3) UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (4) UGC Urgencias. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: cell phone-emergency-hospital

OBJETIVOS:

Analizar la incidencia y características del uso del teléfono móvil por parte del usuario o acompañante en una consulta de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo en una consulta de Urgencias de un hospital de nivel II. Se eligieron aleatoriamente entre 4 y 6 días al mes, durante 7 meses consecutivos (agosto 2016 a febrero 2017) registrando 646 actos médicos (consultas, suturas o infiltraciones). Las variables recogidas: día de la semana, mes, tramo horario, suena (sí/no), tipo de notificación: llamada ó WhatsApp/SMS, responden (sí/no), usuario o acompañante, hombre o mujer, nacionalidad española (sí/no) y nivel asignado en triaje.

RESULTADOS:

En 1 de cada 4 consultas suena el teléfono (27.1%). Los acompañantes reciben 3 de cada 4 notificaciones (75.4%). Las mujeres reciben 6 de cada 10 notificaciones (62%). 3 de cada 4 notificaciones (77.7%) son llamadas telefónicas. 3 de cada 5 personas (60%) responden (llamada o WhatsApp/SMS). 9 de cada 10 (92.6%) son españoles. El 25.6% son por la mañana, el 54.9% por la tarde y el 20% por la noche. Los sábados (21.7%) son los días que más suena. Los meses con más notificaciones son febrero y agosto, 20.6% y 18.3% respectivamente. El 16.6% corresponden a niveles 2 de triaje, el 44.6% a niveles 3 y el 39% restante a niveles 4. Tan sólo 1 de los 646 (0.0015%) no responde y pide salir de la consulta.

CONCLUSIONES:

1. Si se acude un sábado, por la tarde, en meses fríos, siendo acompañante, de género mujer, de nacionalidad española y con nivel 3 en triaje, es más probable que suene el teléfono en la consulta por una llamada. 2. Existe una elevada probabilidad que si se responde a la notificación estemos en jueves, por la noche, sea varón, acompañante y se responda a WhatsApp/SMS teniendo asignado un nivel 2. 3. Se deduce la necesidad de sugerir/obligar a tener el móvil apagado durante el tiempo que dure la consulta para evitar interrupciones.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-603

CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO ATENDIDOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

C Gómez Velasco, N Villalba Guijorro, C del Arco Galán,
E Gallego Cánovas

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: violencia de género-urgencias-agresión

OBJETIVOS:

Describir las características de las pacientes atendidas y de los presuntos agresores y valorar las intervenciones realizadas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo, retrospectivo de las atenciones por violencia de género a partir del registro de la gestora de casos, de la información en buzones colocados en el servicio de urgencias y de la historia clínica informatizada.

RESULTADOS:

Se identificaron 59 atenciones. La media de edad fue de 39 años. El 59,30% de las mujeres y el 37,30% de los presuntos agresores eran extranjeros. El tipo de violencia: Física, psíquica y sexual el 6,8%, física y psíquica el 81,40%, solo física el 1,6%, psíquica el 3,40% y sexual el 6,80%. El 76% de las mujeres convivían con el presunto agresor. Un 62,7% tenían hijos, de los cuales el 59,5% eran menores de edad. El 63% de las pacientes y el 73% de los presuntos agresores tenían actividad laboral. En un 52,5%, la violencia se relacionó con el consumo de drogas. El 69% se identificó fuera del horario de trabajo social, gracias a la información que los profesionales dejaron en los buzones a la gestora de casos. Se realizó el parte de lesiones en un 85%.

CONCLUSIONES:

Destacamos la importancia de los buzones dispuestos en el Servicio de Urgencias para poder realizar intervención social y seguimiento posterior, asegurando así la continuidad asistencial. Llama la atención que la mayoría de las víctimas convivían con el presunto agresor y el estallido de violencia se produce una vez que la mujer decide poner fin a la relación. También se identificó que el consumo de alcohol y otro tipo de sustancias por parte del agresor, pudo ser un desencadenante de la agresión. Se detecta que hay un mayor número de mujeres inmigrantes atendidas, por lo que debemos tener en cuenta su potencial vulnerabilidad. Se realizó parte de lesiones en todas las agresiones físicas, valorando la indicación por parte de los profesionales en aquellas situaciones en las que solo había agresiones psíquicas.

P-452

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

M Baeza Mirete, MA Ruiz Cantalejo, A García Ayuso,
BC Alloza Vicente

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: hernia-diafragma-ventilación mecánica

OBJETIVOS:

Evaluar la Ventilación Mecánica Invasiva en Hernia Diafragmática Congénita. Evaluar la atención y cuidados proporcionados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica de bases de datos de Ciencias de la Salud, estudios que tengan que ver con el ámbito de las emergencias y urgencias hospitalarias. El análisis de la evidencia tiene lugar estratificando los datos.

RESULTADOS:

De todo lo anterior extraemos que las Intervenciones de enfermería son: Monitorizar frecuencia cardíaca para identificar de forma inmediata alteraciones en la frecuencia y el ritmo. En el caso de contar con un monitor transcutáneo de PCO₂, rotar Posición cada tres horas para evitar lesiones en la piel. Controlar oximetría de pulso, de ser posible pre y post ductal, los valores esperados en estos pacientes serán de alrededor de 93-95%.

CONCLUSIONES:

La principal complicación es el manejo de la vía aérea junto con el control de la HPP. Los cuidados de enfermería en los neonatos afectados por HPPRN están orientados específicamente a evitar o prevenir complicaciones que puedan llevar al paciente a presentar alteraciones de la vasoreactividad pulmonar, teniendo en cuenta todos los aspectos referentes a la observación e interpretación de cada uno de los valores de monitorización, signos vitales y de su comportamiento en general.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-453

MANEJO DE CRISIS EPILÉPTICAS EN EL MEDIO
EXTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

**MJ Polo Sánchez (1), B Bernardino Cuesta (2), J Cuerda del Olmo (3),
MA Pérez Martín (3), JL Almodóvar Martín (3), L Ramirez Freire (3),
M Castellanos Muñoz (3)**

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. (2) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. (3) SAMUR Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: epilepsia-pediatría-anticonvulsivantes

OBJETIVOS:

Revisar los protocolos actuales de manejo de las crisis epilépticas en edad pediátrica, haciendo especial hincapié en la atención inicial y/o en medio extrahospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica a través de la base de datos PubMed, en inglés y castellano, de artículos publicados en los últimos cinco años relacionados con el manejo de crisis epilépticas / estatus epiléptico en medio extrahospitalario en pacientes pediátricos.

RESULTADOS:

Un 4-10% de los niños tendrá una crisis epiléptica a lo largo de su vida, siendo las más frecuentes las crisis febriles. Según los datos publicados, las crisis epilépticas suponen el 8-12% de los motivos de llamada a los servicios de emergencias extrahospitalarias en pacientes pediátricos. Su manejo es una urgencia médica, siendo el primer objetivo la estabilización básica del paciente (secuencia ABCD), incluyendo determinación rápida de glucemia y electrolitos. El tratamiento farmacológico se debe iniciar precozmente. Se recomienda administrar benzodiacepinas como primera elección (diazepam intravenoso 0.1-0.3 mg/kg, máximo 10 mg). Ante ausencia de vía venosa, se administrará midazolam intramuscular (0.1-0.2 mg/kg, máximo 10 mg), midazolam bucal (0.2 mg/kg, máximo 10 mg) o diazepam rectal (0.2-0.5 mg/kg, 5 mg entre 10-15 kg de peso, y 10 mg si más de 15 kg). En caso de que persista la crisis, se podría repetir la dosis a los 5-10 minutos. Posteriormente se administrarían fármacos de segunda línea (fenitoína, ácido valproico, levetiracetam intravenosos).

CONCLUSIONES:

Se ha demostrado que el retraso en el manejo inicial de una crisis epiléptica conlleva una peor respuesta posterior, y que la demora en la administración de la primera dosis de fármacos antiepilépticos (benzodiacepinas de elección) aumenta el riesgo de estatus epiléptico. La existencia de protocolos de manejo y la revisión periódica de los mismos, es vital para mejorar el pronóstico en estos casos.

P-454

NIÑ@S CON TEA EN URGENCIAS, ¿SABES CÓMO TRATARLOS?

**J Alonso Caballero (1), M Falces Añón (1), L Alonso Caballero (2),
L Jiménez Martínez (1), T Antón Casas (1), V Martínez Martínez (1)**

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. (2) SNS - Osasunbidea

PALABRAS CLAVE: TEA-autismo-urgencias pediátricas

OBJETIVOS:

Intervenir de forma adecuada con niños y niñas con TEA en Servicios de Urgencias Hospitalarias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica del Protocolo para la detección, el diagnóstico y la intervención de niños y niñas con sospecha de trastorno del espectro del autismo (0 a 3 años) de Navarra. Revisión bibliográfica de protocolos de intervención en personas con TEA en Servicios de Urgencias Hospitalarias en otras comunidades autónomas.

RESULTADOS:

- Utilización de discriminadores en el sistema de triaje para aumentar la prioridad y disminuir los tiempos de espera.
- El paciente durante la espera tanto de atención, como de realización de pruebas diagnósticas, permanecerá en un lugar tranquilo.

CONCLUSIONES:

- Es necesaria la redacción de Protocolos de actuación ante niños y niñas con TEA en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.
- El TEA debe de tener importancia, ya que tiene una prevalencia considerable, y en los últimos años se está incrementando.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-455

ANALGESIA Y SEDACIÓN CON ENTONOX EN PACIENTE PEDIÁTRICO

MT Fuentes Ochoa, MA Lumbreras Castillejo, V Martínez Martínez,
MJ Sanmartín Melero, C Pinilla Ducar, J Alonso Caballero,
M Falces Añón

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

PALABRAS CLAVE: entonox-sedación-pediatría

OBJETIVOS:

Proporcionar el alivio del dolor y una sedación consciente del paciente pediátrico reduciendo al máximo los niveles de estrés. Mejorar la seguridad del paciente y garantizar atención de calidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Entonox contiene una mezcla preparada de óxido nítrico (?gas hilarante? medicinal, N₂O) y oxígeno (oxígeno medicinal, O₂), 50% de cada uno, y debe usarse respirando la mezcla de gases. El óxido nítrico constituye el 50% de la mezcla de gases. El óxido nítrico tiene un efecto analgésico, reduce la sensación de dolor, y aumenta el umbral del dolor. El óxido nítrico también tiene un efecto relajante y ligeramente calmante. Estos efectos se producen por la acción del óxido nítrico sobre las sustancias que envían las señales en su sistema nervioso. El procedimiento debe usarse siempre por personal adiestrado y bajo la supervisión de personal médico competente.

RESULTADOS:

El uso de entonox tanto para reducción de fracturas, luxaciones, limpieza y sutura de heridas, canalización de vía venosa, está siendo altamente eficaz, reduciendo la ansiedad, el dolor, el malestar, pero al mismo tiempo permite la colaboración del paciente ya que al permanecer consciente, puede cooperar siguiendo nuestras instrucciones.

CONCLUSIONES:

La administración de este gas logra una adecuada sedoanalgesia sobre todo en niños siendo escasos y leves los efectos adversos. La utilización de este gas ha supuesto una mejora tanto para el paciente como para el personal que le atiende. Entonox debe usarse cuando se desea un efecto analgésico y un remedio rápido para dolencias de intensidad moderada y de duración limitada.

P-460

UAPI. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Maqueda Martín, MB Roa Riaño, I Palomo Rioja, MC Peral Martínez
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: cuidados-institucionalizado-urgencias

OBJETIVOS:

Desarrollar desde el servicio de Urgencias una guía de cuidados al paciente UAPI. Elaboración de informe de alta de enfermería en UAPI.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Formación continuada en equipo mediante sesiones, elaboración de algoritmos y guía de cuidados para pacientes institucionalizados con el fin de mejorar la limpieza y aseo del paciente, valorar presencia de sondas y catéteres, reducir colonización bacteriana, prevenir lesiones en piel y mucosas, valorar confort, alentar su independencia y fomentar la comunicación. Organización estructural con circuito de unidad de heridas, mayor coordinación entre profesionales sanitarios y no sanitarios, fomentar movilización, información directa a familiares. Seguimiento por Enfermera de continuidad asistencial en su centro sociosanitario.

RESULTADOS:

Tras la elaboración de esta guía y algoritmos, se observa mejora en calidad de cuidados al paciente UAPI de forma protocolizada para que todo el personal sanitario trabaje con los mismos objetivos. Todos los pacientes que se marchan de la UAPI reciben informe de enfermería con la descripción de los cuidados y recomendaciones de tratamiento. Garantía de continuidad y seguimiento de cuidados al alta del paciente Institucionalizado.

CONCLUSIONES:

Es importante la actualización de cuidados básicos de enfermería en profesionales de Urgencias al paciente institucionalizado por ser pacientes pluripatológicos, crónicos, con mayor dependencia y más riesgo de complicaciones por ello es fundamental que la atención de estos pacientes tan complejos este protocolizada.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-461

UTILIDAD DEL NT-PROBNP EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP)

M Garzón Quiñones, FO Rodríguez Cortez, O Sánchez Roy, N Pavone, M Álvarez Monterroso, N Obiols Masó

CUAP Castelldefels. Barcelona

PALABRAS CLAVE: heart failure-crisis intervention-dyspnea

OBJETIVOS:

Determinar mediante NT-proBNP si el origen de la disnea es secundario a Insuficiencia Cardíaca (IC).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mediante un analizador se realiza la determinación cuantitativa de NT-proBNP en 12 minutos en un rango de medida que oscila de 60-9000 pg/ml, resultando positiva por encima de 300 pg/ml. Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Centro de Urgencias de Atención Primaria de Castelldefels (Barcelona). Se seleccionaron todas las personas atendidas en el 2016 con motivo de consulta inicial por disnea a las que se les había solicitado la determinación del biomarcador NT-proBNP. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, resultado NT-proBNP, destino de alta. Análisis de datos: Los datos se han analizado con 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 revisaron un total de 54 pacientes (88.5%) visitados en CUAP con diagnóstico inicial de disnea, 41 de ellos (75.9%) presentaron NT-proBNP positivo orientando el cuadro como disnea secundaria a IC, en comparación con un 14,1% con resultado negativo (13). Los positivos se clasificaron en dos grupos: NT-proBNP por debajo de 2000 pg/ml, se consideró IC leve, de abordaje en atención primaria, e IC severa en valores de NT-proBNP por encima de 7000 pg/ml, requiriendo un abordaje hospitalario o seguimiento continuado por el equipo de CUAP.

CONCLUSIONES:

Disponer de este marcador nos ayuda a mejorar el algoritmo de abordaje del paciente con IC en atención primaria, obteniendo un resultado en un periodo corto de tiempo con una elevada sensibilidad y un excelente valor predictivo negativo, y también utilizarlo como marcador pronóstico en la agudización de la IC dentro de la ruta de insuficiencia cardíaca entre EAP-CUAP, con el objetivo de optimizar los recursos sanitarios y evitar derivaciones hospitalarias.

P-464

UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO: MIRANDO HACIA EL FUTURO

A Cortázar González, T Bermejo Buenestado, S Soria Domingo, I Roch Hamelin, A Medina Carrizo, J Botello Lozano

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: anciano-urgencias-enfermería

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento de la población hace aumentar la prevalencia de enfermedades crónicas y ciertos grados de incapacidad y dependencia, que demandan una alta utilización de recursos sanitarios. El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda es un hospital de tercer nivel que atiende a una población de 400.000 habitantes, 13.000 son residentes en centros sociosanitarios. Enmarcada en la estrategia de humanización del hospital se plantea la reorganización de la atención y cuidados de estos pacientes. En Octubre de 2016 se pone en marcha la UAPI.

OBJETIVOS:

- Mejorar los cuidados al paciente institucionalizado en Urgencias.
- Humanizar la atención del paciente frágil.
- Potenciar la continuidad de cuidados con centros sociosanitarios y hospitales de apoyo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Realización sesiones informativas a los centros sociosanitarios del área y Hospitales de apoyo.
- Elaboración de un nuevo circuito, partiendo de la valoración en Triage.
- Colaboración estrecha con las enfermeras de continuidad asistencial que coordinan la continuidad de cuidados al alta, valoran la fragilidad y monitorizan las nuevas necesidades del paciente con una llamada telefónica a los 5 días al centro sociosanitario.
- Estandarización de las actuaciones de Enfermería mediante actualización de procedimientos/procesos: Higiene del paciente, Cuidado de la piel, Nutrición, Seguridad.
- Mejora de la estructura física de la unidad contando con elevador de WC, sillones para movilización precoz, andadores...) adecuando la zona de atención asistencial a las necesidades de esta población.
- Conciliación farmacológica individualizada.

RESULTADOS:

- En los primeros 5 meses de la puesta en marcha se han atendido 1035 pacientes en la UAPI.
- Dinamización del trabajo en equipo en la unidad así como comunicación continua con las enfermeras consultoras del hospital (Unidad de Heridas Crónicas, Consulta de Ostomías...).
- Creación de un formulario de Valoración al ingreso y un Informe de alta de Enfermería adecuado a nuestros pacientes, mejorando el proceso enfermero.

CONCLUSIONES:

Mejora de la seguridad del paciente. Aumento de la satisfacción del paciente/familia. Derivaciones a centros sociosanitarios con tratamiento y material necesario, informes detallados de enfermería al alta y conciliación de medicación. Mejora de la agilidad en circuitos fuera de esta área asistencial.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-465

RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DEL ÍNDICE BISPECTRAL DE SEDACIÓN Y LA ESCALA COMFORT BEHAVIOUR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

P Lloret García

Profesional

PALABRAS CLAVE: analgesic-sedation-sedation score

OBJETIVOS:

Realizar un estudio prospectivo para conocer la validez y fiabilidad del sistema de índice bispectral de sedación (BIS) tomando como patrón de referencia la escala Comfort Behaviour, en pacientes pediátricos con edades entre 1 y 5 años. Valorar si el estado del paciente analgesiado, sedado y curarizado se relaciona con las cifras del BIS y la escala Comfort Behaviour.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó análisis bibliográfico utilizando bases de datos: PUBMED, CINAHL, Cochrane y EMBASE. Como criterios de inclusión se seleccionaron los artículos que incluyeron las palabras clave, pediatrics, analgesic, sedation, sedation score, bispectral index, Comfort Score. Con un rango de tiempo entre 2000-2016. Se seleccionaron un total de 15 artículos.

RESULTADOS:

Los pacientes con necesidad de analgesia, sedación y curarización precisan un registro del BIS y evaluación del nivel de sedación. Investigadores afirman que el BIS podría ser más útil en pacientes con sedación profunda, consiguiendo una correcta dosis del sedante evitando la infra- y sobresedación. Otras investigaciones demuestran que los resultados derivados de los registros de la escala Comfort Behaviour son equivalentes con el BIS, dando relevancia en el control de los niveles de sedación en pacientes pediátricos.

CONCLUSIONES:

La técnica más utilizada hasta la actualidad para valorar el estado de sedación ha sido la monitorización no invasiva, BIS. En presencia de sedación profunda, hay una correlación satisfactoria entre BIS y COMFORT. El monitor BIS puede proporcionar un método útil para evaluar la sedación en niños críticamente enfermos, especialmente aquellos que reciben bloqueadores neuromusculares. El papel de las enfermeras es clave para garantizar una alta calidad en los cuidados proporcionando una adecuada sedación y gestionando la comodidad. La educación tanto del personal como del paciente-familia y la aplicación de la investigación, son elementos cruciales de sedación y confort para el cuidado de pacientes con ventilación mecánica.

P-469

PARTO EXTRAHOSPITALARIO: ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE DIABÉTICA, CON HIPOGLUCEMIA. OH, MY GOD!

RP López Picazo (1), M Carretero Pérez (1), C González López (1), A López Picazo (1), R Oliva González (1), M Ruipérez Chumillas (1), MA Centelles Crego (2)

(1) SESCAM. GUETS. UME Albacete 01. (2) Universidad de Alicante

PALABRAS CLAVE: hypoglycemia-infant, newborn-out-of-hospital

OBJETIVOS:

Generar un algoritmo de actuación en caso de parto extrahospitalario, con RN hijo de madre diabética, atendido por el equipo de SVA basado en las últimas evidencias científicas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos: Medline, Pubmed, Cuiden, Google Scholar y Cochrane Library Plus. Se incluyen artículos en lengua castellana e inglesa Palabras claves: Hypoglycemia, Infant, Newborn, Out-of-Hospital, Guideline, El operador booleano: ?and?. Y los criterios de selección: artículos científicos posteriores al año 2008, reconocidos por alguna institución, revista científica o fundación. Se revisaron protocolos de la Asociación Española de Pediatría, Sociedad española de neonatología, SAMUR, Ministerio de Sanidad, Academia Americana de Pediatría y Hospitales de referencia en la atención pediátrica como el Hospital de Albacete, Alicante y Vall d'Hebron.

RESULTADOS:

Basado en el material recopilado y mediante un consenso de expertos, se propone un protocolo de actuación para la atención del RN Hijo de madre diabética, en un parto extrahospitalario, que ofrezca al profesional sanitario una guía útil para actuar ante esta situación.

CONCLUSIONES:

Generar algoritmos de actuación ante el RN HMD, ayudan en la toma de decisiones para el equipo de SVA extrahospitalario, para una atención de calidad, dada que generalmente la experiencia es menor en este tipo de actuaciones y así disminuir el estrés del profesional y mantener los niveles de glucemia adecuados en el RN, mediante actuaciones menos cruentas.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-471

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS CAÍDAS
EXTRAHOSPITALARIAS EN ANCIANOS

C Vélchez Rodríguez, F Moreno Collado, A Vélchez Rodríguez

Cruz Roja Española

PALABRAS CLAVE: frail elderly-accidental falls-emergencies

OBJETIVOS:

Analizar las caídas en ancianos en la actividad asistencial del Plan de Socorros y Emergencias de Cruz Roja Española en Granada, en 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo de las caídas de personas mayores de 65 años en el domicilio y vía pública. Criterios de inclusión: Ancianos atendidos por el Plan de Socorros y Emergencias de Cruz Roja Española, en la Asamblea de Granada, durante el año 2016. Criterios de exclusión: Caídas en centros sanitarios.

RESULTADOS:

Durante 2016 se atendieron un total de 419 asistencias, siendo un 47% de ellas (199) a mayores de 65 años. Entre éstas, un 96% (192) fueron asistencias por caídas o complicaciones de patologías previas a otra caída. De todas las caídas con información de los minutos previos al siniestro (44), un 77% (34) se produjeron al levantarse del sofá, de la cama, o en el baño. Por otra parte, de las 24 atenciones que se realizaron en vía pública por caídas, en un 96% se produjeron lesiones (23), requiriendo traslado a centro sanitario en un 71% de los casos (17), que contrasta con el 6% de traslados que se derivaron de caídas en domicilio (168). Con respecto a la incidencia horaria, el mayor porcentaje de asistencias se centra en la 01:00 horas (10%). Las caídas de ancianos que viven en la comunidad son un problema frecuente e infradiagnosticado, con importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Estos hallazgos son de utilidad para desarrollar estrategias preventivas de caídas en población mayor que reside de forma independiente en la comunidad.

CONCLUSIONES:

Un elevado porcentaje de las asistencias realizadas por el plan de salud y socorros de Cruz Roja fueron caídas de personas mayores en sus viviendas. La incidencia de caídas en vía pública es mucho menor que en domicilios, pero sus consecuencias son más graves. Además fueron identificados factores asociados modificables, por lo que impera la implantación de programas encaminados a reducir el problema.

P-473

LA SEDACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Valenzuela Anguita, J Gil López, E Hernández Pérez,
J Cánovas Sánchez, J Ibarra Cuenca, S Moreno Barba,
C Esteban Lloret

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: sedación consciente-urgencias-cuidados paliativos

OBJETIVOS:

- Cuantificar el cumplimiento de los requisitos previos para la sedación paliativa. - Determinar el tipo de sedación administrada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo a partir de las historias clínicas de 182 pacientes incluidos dentro del programa de cuidados paliativos ingresados desde el servicio de urgencias a la UCP durante seis meses.

RESULTADOS:

La sedación paliativa se ha aplicado a un total de 24 pacientes (13'18%). En todos se dio la presencia de síntomas premonitorios (deterioro del estado general, respiración agónica, anuria, etc.), el consentimiento de la familia (83,3%), cuando fue posible del paciente (8,3%) y el registro en la historia. El tipo de sedación aplicada oscilaba entre morfina en bolos i.v. (54,1%) y/o en perfusión (33,3%) y perfusión de midazolam con morfina (25%), entre otras. Otros resultados obtenidos fueron el acompañamiento y la ubicación correcta del paciente (70,8%), tal y como establece nuestro protocolo.

CONCLUSIONES:

Las medidas en el proceso al final de la vida descritas en el protocolo de cuidados paliativos unifican la actuación por parte del equipo en el servicio de urgencias. Se realiza la sedación paliativa a los pacientes a los pacientes que lo requieren de forma consensuada con la familia/paciente. Existen aspectos a mejorar como el registro de esta sedación en la historia del paciente, sobre todo por parte de enfermería, el acompañamiento y la ubicación del paciente en estas circunstancias.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-474

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

O Sánchez Roy, M Álvarez Monterroso, N Obiols Maso,
O Rodríguez Cortez, N Pavone, M Garzón Quiñones

CUAP Castelldefels. Barcelona

PALABRAS CLAVE: triage-emergencias-primary health care

OBJETIVOS:

Analizar la resolución, la actividad y los problemas de salud de los pacientes con nivel de selección I y II.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo y transversal. Población: Pacientes visitados entre los meses de enero y diciembre de 2016 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: Los datos se han analizado con 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 110 pacientes con nivel de triaje I y II, corresponden al 0,25% del total de las visitas. El 98,18% de ellos con nivel 2 (n = 108) y 2 usuarios con nivel 1. El tiempo de reacción medio fue de minutos 2,7. El 16,36% de los pacientes (n = 18) llegó mediante SEM, el 12,72% fue derivado de otros dispositivos de la APS, y el resto (70,90%) consultó por medios e iniciativa propia. El CUAP resolvió el 29,09% de las visitas (n = 32) y derivó el 70,90% al SUH (n = 78). Por problemas de salud, los más prevalentes son los de origen cardiaco (36,36%), respiratorio (13,67%) y neurológico (7,27%). La resolución de las cardioversiones a ritmo sinusal de las taquicardias por reentrada del nodo auriculoventricular (8,18% de resolución, n = 9) constituyen las patologías que más resolución adquiere el CUAP.

CONCLUSIONES:

Los CUAP asumen los niveles IV y V, y si es posible, los pacientes de nivel III. 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. Se concluye pues, que aquellas emergencias que no requieren de ingreso, intervención quirúrgica ni de pruebas complementarias complejas, pueden ser atendidas y resueltas por personal experto en un CUAP.

P-476

DE DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA A ACALASIA DEL ESÓFAGO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

MD Macías Robles, M de la Roz Sánchez, R Delgado Sevillano,
B Mateos Iglesias, L Hernández Sánchez, M Fernández Pajares

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: neumonía-disfagia-acalasia del esófago

OBJETIVOS:

En el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) ante un proceso de neumonía y disfagia es preciso tener presente la patología esofágica y ante la sospecha desarrollar una estrategia diagnóstica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

A través de un caso demostrativo de una paciente que tras acudir por cuadro de neumonía fue diagnosticado de acalasia, se desarrolla la secuencia seguida en el SUH que contribuyó a un tratamiento y resolución completa.

RESULTADOS:

Mujer de 42 años que acudió al SUH por tos irritativa, fiebre y dolor pleurítico derecho de 24 horas de evolución, asociando disfagia baja de meses de evolución que no había consultado. En la exploración estaba eupneica, pulsioximetría basal: 97%, Tª 38, TA: 120/50 mmHg, auscultación cardiaca y pulmonar normal. Analítica: función renal, iones, hemograma y coagulación normales. PCR: 5,15 mg/L. Radiografía de tórax: Infiltrado en LSD, doble contorno a nivel de silueta cardiaca derecha. La tomografía computarizada torácica (TCT) demostró dos infiltrados a nivel de LSD y campo medio izquierdo. Así mismo se apreció un megaesófago con gran contenido alimenticio en su interior con estenosis distal y desplazamiento esofágico ocupando una situación paramediastínica derecha. La paciente ingresó con tratamiento antibiótico y se completaron estudios con gastroscopia y estudio gastroduodenal que mostraron un esófago dilatado con estenosis distal y paso a estomago filiforme. Y una manometría que objetivó aperistalsis del cuerpo esofágico compatible con acalasia. Una vez resuelto el proceso neumónico se practicó cardiomiectomía tipo Heller y funduplicatura anterior sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

La presencia de disfagia en la anamnesis de un paciente con neumonía obliga a descartar patología esofágica en el SUH. Priorizar la TCT en el SUH además de contribuir a establecer el diagnóstico ayudará a descartar diagnósticos alternativos.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-479

MI HIJO ESTÁ GORDITO, PERO LO ACEPTO COMO ES,
¿VERDAD DOCTOR?

R Santos Medina (1), M Estevez Escobar (1), M Ruiz Avila (1),
I Bueno Pozo (1), A Capote Galindo (1), R Quesada Moraga (2),
A Arrabal Téllez (1)

(1) Centro de Salud de Nerja. Málaga. (2) C. S. Motril Este. Granada

PALABRAS CLAVE: obesidad pediátrica-índice de masa corporal-hábitos alimenticios

INTRODUCCIÓN:

La alimentación es uno de los principales determinantes del estado de salud del ser humano y el factor extrínseco más importante para su desarrollo. Una alimentación adecuada es fundamental siempre, pero más durante la infancia pues las carencias y desequilibrios nutricionales en esta etapa tienen consecuencias negativas en la salud del propio niño/a (retraso psicomotor, del crecimiento y aprendizaje, riesgo de obesidad, de infecciones y enfermedades) y en la salud del futuro adulto, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos crónicos que constituyen las principales causas de mortalidad y/o morbilidad y discapacidad en España.

OBJETIVOS:

- Comprobar el grado de conocimiento de la población sobre la obesidad infantil: causas, relación con el estilo de vida y hábitos alimenticios, riesgos y actuación ante dicho problema. - Educación sanitaria para mejorar dichos conocimientos. - Cálculo del índice de masa corporal (IMC) pediátrico. - Potenciar el PIOBIN (Plan integral de obesidad infantil) de Andalucía.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Se realizó un estudio descriptivo mediante una encuesta anónima a 950 personas (progenitores) que acudían a urgencias extrahospitalarias de Nerja, durante 7 meses valorando unos ítems. - Calculadora de IMC infantil.

RESULTADOS:

- IMC adaptado a la infancia: Un 48% de los niños/as tienen sobrepeso y un 17% son obesos. - Al 87% de progenitores, les preocupa la alimentación de sus hijos/as, pero relacionan la obesidad infantil con? comer mucho? - Casi el 50% de los niños/as no tienen horarios establecidos para las comidas y comen cuánto? les apetece? - Un 76% de progenitores con hijos obesos actúan aceptándolos "como son" o a lo sumo hacer algún tipo de actividad física. Muy pocos cambiarían la dieta o los llevarían al especialista.

CONCLUSIONES:

- Hay mucha desinformación sobre la obesidad infantil. - Existen cada vez más casos de niños/as con sobrepeso/obesidad. De hecho no se ve como una enfermedad. - ¿Son los progenitores los responsables o los sanitarios? - Es un deber como profesionales, concienciar a la población que la obesidad causa enfermedades, que se pueden prevenir mediante la promoción de salud desde la infancia, que es cuando se produce el aprendizaje y adquisición de los hábitos alimenticios y otros estilos de vida. - Supondría una mejor calidad de vida y un gran ahorro económico socio-sanitario mediante un abordaje multidisciplinar (labor imprescindible en urgencias).

P-480

ANALGESIA MAYOR EN ACCIDENTADOS EN MONTAÑA

S Batista Pardo, E Sierra Quintana, S Abella Barraca, N López García,
M García Luengo, F Benjumea Fernández, R Sanmartín

061 Aragón. UME Sabiñánigo. Rescate de Montaña

PALABRAS CLAVE: rescate en montaña-mórficos-ketamina

OBJETIVOS:

Describir el tipo de lesión y las características de la analgesia que suministramos en el helicóptero de rescate de montaña.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes accidentados en montaña tratados por la Unidad de rescate del 061 de Aragón durante el 2016 a los que se administró mórficos y/o ketamina. Análisis descriptivo del tipo de lesión y características de la analgesia empleada.

RESULTADOS:

En el 37.5% de los pacientes atendidos que precisó analgesia se utilizó analgésicos mayores (fentanilo, morfina y ketamina). La edad media es 45.4 años, la mayoría hombres (77.7%). La actividad deportiva que realizaban con más frecuencia fue senderismo/montañismo (36.11%), seguida de barranquismo (27.11%). El 38.8% son fracturas de tobillo (tibia y/o peroné), 16.6% luxación de hombro. Todos los pacientes fueron trasladados al hospital, el 5.55% en un medio de SVA. El fentanilo es el fármaco más usado (91.66%) seguido de ketamina (8.3%) y morfina (5%). Se asoció ketorolaco en casi la mitad de los pacientes (44.4%) Midazolam fue usado como coadyuvante (19.4%). No fueron necesarios antidotos (naloxona/flumazenilo). Al 22.2% se le administró Metoclopramida. Se recogió la escala de dolor en el 11.1%, media de dolor (escala 0-10) fue 6.5. La vía de administración más utilizada fue intramuscular (53%), seguida de IV (34%). La vía intranasal supone el 13%.

CONCLUSIONES:

El rescate medicalizado en lugares de difícil acceso tiene una serie de limitaciones que condicionan el fármaco elegido, así como su vía de administración. Con esta revisión pretendemos mejorar la calidad asistencial en varios aspectos: registrar el dolor mediante escala numérica (solo recogida 11.1%), empleo sistemático de antieméticos tras usar opioides (usado en un 22.2%, a pesar de ser evacuación aérea) y mejorar en el uso de otras vías de administración alternativas y rápidas (intranasal: 13.8% vs. oral 47%). Destacamos el uso de asociaciones farmacológicas (fenta/ keta, fenta / AINE) muy usadas en nuestro servicio con el fin de conseguir mayor eficacia y menores efectos secundarios sistémicos. También es frecuente titular las dosis, empezando con dosis menores, para ir aumentando progresivamente, hasta alcanzar dosis plena. Resaltar también la utilidad de fármacos anestésicos infiltrados en el foco de lesión.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-482

ROTURA ARTERIAL ESPONTÁNEA ATÍPICA

**M Romero Brugera, GM Gómez García, B Paderne Díaz,
R García Carretero, FJ Ródenas Tárraga, P Arias Baldo,
MF Fernández Salgado**

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: arteria femoral-disección-isquemia

OBJETIVOS:

Presentar el caso de una disección de arteria femoral e iliaca externa con presentación atípica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 66 años sin FRCV, no fumadora y sin otros antecedentes de interés, traída a nuestro servicio tras sufrir síncope, en el seno de dolor agudo en flanco izquierdo cuando practicaba natación. Hemodinámicamente estable y exploración física con dolor en fosa iliaca izquierda y pulsos presentes a todos los niveles. La analítica mostró anemia de tres gramos/dl en 6 horas. El TAC abdominal evidenció hematoma extraperitoneal en pelvis con difusión a meso y disección de arterias iliaca externa y femoral común izquierdas. Con el diagnóstico referido, se trasladó a cirugía vascular.

RESULTADOS:

La arteriografía confirmó la disección de iliaca externa desde placa cálcica a tres centímetros de su origen hasta la bifurcación femoral. Se procedió a implante de endoprótesis. En nuestro caso la causa fue la arterioesclerosis, iniciándose tratamiento antiagregante. El diagnóstico diferencial de la disección espontánea de arterias periféricas incluyen enfermedades del tejido conectivo (síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos y el síndrome de Loeys-Dietz), displasia fibromuscular y necrosis quística de la media y déficit de alfa 1 antitripsina, Traumatismos de repetición en atletas y ciclistas, Arterioesclerosis avanzada, Drogas de abuso(cocaína). El tratamiento dependerá de la situación clínica del paciente y no está bien establecido. Se recomienda inicio de tratamiento farmacológico (antiagregante/anticoagulante y betabloqueantes) en casos asintomáticos, el tratamiento quirúrgico (bypass e implante de endoprótesis) se recomienda si existe isquemia del miembro afectado.

CONCLUSIONES:

La disección de arteria femoral e iliaca espontánea es muy infrecuente y debe sospecharse en casos de isquemia del miembro afectado. Se debe realizar despistaje diagnóstico, aunque en nuestro caso fue secundario a arterioesclerosis avanzada y debe ser derivado de urgencia a cirugía vascular para tratamiento urgente, que dependerá de la situación clínica del paciente.

P-487

REVISANDO EL TEST DE ALLEN

**C Rodríguez Ocejo, C Revol Musso, K Valdez Flores, B Comas Díaz,
J Olsen Triulzi, G Fermín Gamero**

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

PALABRAS CLAVE: radial artery-catheterization-thromboangiitis obliterans

OBJETIVOS:

Revisar artículos realizados desde la publicación del Test de Allen para encontrar coincidencias o concordancias en su utilización para indicar si es normal o anormal.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el término Allen's test obteniendo 169 ítems, de los cuales 22 son ensayos clínicos y revisiones.

RESULTADOS:

El test de Allen aparece positivo o negativo para describir normal/anormal indistintamente en los diferentes artículos. En este mismo periodo también encontramos otros artículos que simplemente lo describen como normal o anormal en una proporción similar a la anterior, independientemente del periodo de tiempo. En 1980 se publicó una carta al editor escrita por Peters KR y Chapin JW en la revista *Anesthesiology*, donde denuncian la confusión generada al citar el test como positivo/negativo sin especificar si es normal/anormal. 37 años después continúa la misma situación. Con el uso de la arteria radial como alternativa al cateterismo de la arteria femoral, se han publicado muchos estudios utilizando el test de Allen para evaluar la seguridad de la arteria radial, en los que positivo y negativo es normal o anormal. En 2014, el ensayo RADAR comparó el mejor tratamiento médico versus el mejor tratamiento médico más stent de la arteria renal, utilizando el test de Allen e informando negativo como anormal.

CONCLUSIONES:

A medida que continuemos sin unificar criterios, consideramos más apropiado describir el test como normal o anormal para evitar la confusión como se ha hecho con otras pruebas, como Babinsky, cada vez más frecuentemente descrito como flexor o extensor.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-498

PERFIL DEL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS
VALORADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
COMARCAL

A González Sánchez, J Mayordomo Sánchez, R Alcantarilla Campos

Hospital General de Requena. Valencia

PALABRAS CLAVE: enfermedad crónica-cuidados paliativos-evaluación de necesidades paliativas**OBJETIVOS:**

Valorar los pacientes con necesidades paliativas visitados en el servicio de urgencias de un hospital comarcal de agudos, sus características y destino al alta, para identificar la necesidad o no de crear una unidad de atención clínica mixta domiciliaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de pacientes con patología crónica valorados en urgencias durante 3 días en 2016, excluyendo los servicios de pediatría y ginecología. Para identificar las necesidades paliativas se utilizó el instrumento NECPAL CCOMS-ICO 3.0 (2016).

RESULTADOS:

Se revisaron las historias de 226 pacientes identificándose que 44 de ellos tenían necesidades paliativas. De estos el 47% de los pacientes ingresaron y el 3,27% fueron dados de alta desde Urgencias. Solo 2 pacientes tenían diagnóstico previo de paliativo. El nivel de complejidad alto con un 38%. El 89% consultan por iniciativa propia, siendo el circuito asistencial primario el S. de Urgencias en el 85%. La mayoría de los pacientes, oncológicos o no, fueron ingresados por descompensación cardio-pulmonar y el 17% de estos presentaban algún tipo de demencia. El 95% fueron remitidos tras el alta a su Médico de familia. En 2016 hubo una media de 4 consultas en Urgencias de estos pacientes, con una estancia media de 8 horas, concluyendo en ingreso hospitalario en un 60%, la mitad de ellos en más de una ocasión en el 2016.

CONCLUSIONES:

El grado identificación es muy bajo lo que dificulta la planificación de los recursos. En el área carecemos de una unidad clínica mixta (hospital-domicilio) para el seguimiento de los pacientes crónicos con necesidades paliativas, sobrecargando la consulta diaria de los MFyC y los Servicios de urgencias por la descompensación de este tipo de paciente. Por lo que señalamos la necesidad de crear un equipo especializado en pacientes crónicos, paliativos y/o terminales, que brinden y garanticen en todo momento la calidad asistencial.

P-499

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIASH Fernández Ovalle (1), C Bolado Jiménez (2), I Andrés García (3),
MF Muñoz Moreno (4), MC Salas Butrón (5), DA de Luis Román (6)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (3) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (4) Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (5) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (6) Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de IEN. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

PALABRAS CLAVE: malnutrición-ancianos-IMC**OBJETIVOS:**

Identificar las características sociodemográficas de la población > 70 años que acuden al Servicio de Urgencias y tras la utilización de una herramienta de cribaje según el test Mini Nutritional Assessment (MNA) calcular la prevalencia de malnutrición.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional transversal de una muestra de 288 pacientes > 70 años que acudieron a Urgencias, recogiendo variables sociodemográficas (edad, sexo, encamamiento, dependencia para actividades básicas de la vida diaria, institucionalizados, lugar de vivienda), medidas antropométricas (Índice de masa Corporal [IMC]). Se excluyeron pacientes terminales y/o con demencia severa.

RESULTADOS:

Los pacientes de la muestra presentaron una media de edad de $81,06 \pm 6,56$ años, con distribución por sexos del 50% varones y mujeres. El 73,3% residían en área urbana y la mayoría, el 86,1% eran independientes para las actividades de la vida diaria. Un 6,6% de la muestra estaban institucionalizados y el 3,1% encamados. El IMC medio de la muestra fue de $26,14 \pm 5,52$. Se obtuvo una frecuencia media de $1,64 \pm 2,10$ y el 34,7% precisaron ingreso hospitalario. Tras realizar el test MNA, se observó que el 14,9% de la muestra estaban malnutridos con un 54,5% de pacientes en riesgo de malnutrición. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de malnutridos y con riesgo de malnutrición con respecto a la frecuentación media ($2,35 \pm 3,15$ y $1,80 \pm 2,01$ $p < 0,001$ respectivamente) e ingresos hospitalarios (17% de malnutridos y 62% en riesgo de malnutrición $p = 0,03$).

CONCLUSIONES:

Una elevada proporción de ancianos presentan malnutrición o riesgo de padecerla, con una mayor frecuentación a los servicios de Urgencias y con un mayor riesgo de ingresos hospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-504

CUIDADOS Y NECESIDADES PSICOSOCIALES SEGÚN MOTIVO DE ASISTENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIAS EN DOMICILIO

D Fernández Vargas (1), CA Yago Calderón (1),
S Martín Caravante (2), E Rosell Vergara (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga

PALABRAS CLAVE: nurse-emergencies-ambulatory care

OBJETIVOS:

Se plantea determinar las necesidades de cuidados, basada en terminología NANDA - North American Nursing Diagnosis Association-, de la población atendida de urgencias a domicilio según el motivo de asistencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

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. Se incluyeron 1569 pacientes con una edad media de 72 años, siendo un 63,5% mujeres.

RESULTADOS:

Los motivos de asistencia más frecuentes fueron: Dolor musculoesquelético (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 musculoesquelético: 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 Dx 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.

P-507

ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS ACV ATENDIDOS EN 2016 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

M Rizo Hoyos, MJ Morales Acedo, P Castillo Jiménez,
P Jiménez Zurita, I Mata Sánchez, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: embolia y trombosis cerebral-auditoría-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Analizar la calidad con la que atendemos a nuestros pacientes con ICTUS. Ítems analizados: Identificación del paciente NUHSA/NHC; Edad; Sexo; Tiempo de evolución de los síntomas; Exploración neurológica o E. Glasgow; Activación del Código Ictus, Motivos por los que se desactiva Código Ictus; Escala NIHSS; Fibrinolisis en aquellos pacientes Código Ictus; Destino al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Universo: Pacientes atendidos en 2016 en la Unidad con diagnóstico al alta. Ictus o ACV. Técnica de muestreo: muestreo aleatorio sistemático. Muestra: total de 124 pacientes. Periodo analizado: ENERO-DICIEMBRE 2016. Fuente de Datos: Historia Clínica/ Diraya/ DAE.

RESULTADOS:

En 2016 se han atendido en nuestra Unidad 124 pacientes con diagnóstico al alta de ICTUS - Un 70.2% de los pacientes tiene una edad de hasta 80 años (66 de una muestra de 94)y 28(29.78%)tiene una edad > 80 años. - 37 mujeres y 57 varones - En cuanto a tiempo de evolución de los síntomas, analizamos a pacientes con edad menor o igual a 80 años (total 66 pacientes) : 6 han presentado Ictus del despertar 2 se desconoce la hora del inicio 16 han llegado durante las 4 primeras horas del inicio de los síntomas - En cuanto al tiempo de espera hasta la realización de TAC tenemos como indicador de calidad : realización de TAC en menos de 45 minutos incluidos en Código Ictus, cumpliéndose 100% Realización de TAC en menos de 3 horas en pacientes no incluidos en código Ictus, excepto inestabilidad, cumpliéndose en 99% de los casos el caso excluido fue por problemas técnicos.

CONCLUSIONES:

Los resultados globales indican que existe una atención de gran calidad Son necesarias áreas de mejora: - actividad de promoción de salud sobre ictus - reforzar el conocimiento y la importancia de los factores de riesgo cerebrovascular en los profesionales.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-509

EL VIAJE A NINGUNA PARTE DEL SEGUNDO AVIÓN PARA EL TRANSPORTE AÉREO SANITARIO EN ESPAÑA. LA HISTORIA OLVIDADA DEL BREGUET SANITARIO N.º 99**MA González Canomanuel***Hospital Virgen de la Salud. Toledo***PALABRAS CLAVE:** transporte aéreo sanitario-aeroevacuación-evacuación médica**OBJETIVOS:**

Descripción de la vida operativa del segundo avión de transporte sanitario de España Breguet N.º 99.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis documental de corte histórico basado en fuentes primarias institucionales del Archivo del Ejército del Aire y fuentes hemerográficas coetáneas.

RESULTADOS:

El segundo aparato Breguet N.º 99 fue destinado a una zona de mucha menor actividad bélica que la de su gemelo. Los frentes de la zona de Tetuán y de Larache fueron mucho más tranquilos en comparación con las grandes operaciones del sector de Melilla. Al mes de su llegada a Tetuán se requiere a este aparato sanitario para realizar un vuelo hacia Larache, recogida de pasajeros y vuelo por el territorio francés hasta Orán. Esperándolo en el aeródromo de Melilla se sorprenden por la ruta de vuelo inusual y la tardanza en la llegada. A los dos días se informa por la prensa del accidente al despegar del aeródromo de Orán sin desgracias personales.

CONCLUSIONES:

La vida operativa del Breguet N.º 99 es una de las interrogantes de la Aviación Sanitaria en España de la que solo conocemos un vuelo rodeado de misterios.

P-516

REGISTRO DE CASOS DE MALOS TRATOS EN PACIENTES ANCIANOS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO (2012-2016)**C Fernández Alonso, MA Benito García, R Lana Soto, L Gallego Deike, A Martín Martín, C León Serrano, M Lázaro Del Nogal***Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** malos tratos-ancianos-urgencias hospitalarias**OBJETIVOS:**

Describir las principales características de los casos registrados de violencia en pacientes con 65 años o más en un hospital terciario en el último lustro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva de pacientes mayores de 65 años identificados como posibles casos de MT entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Clínico San Carlos. Se recogieron los datos incluidos en un formulario estandarizado y aprobado por la Comisión Contra la Violencia (CCV) disponible en la intranet del hospital.

RESULTADOS:

De los 296 casos registrados, 49 (16,5%) fueron > 65 años. En éstos: 34 (69,4%) fueron registrados en el SUH. 25 (51,0%) presentaban dependencia física y 21 (42,9%) dependencia psíquica. Principal tipo de Violencia detectado: 26 (53,1%) MT Físicos, 11 (22,4%) Negligencia o abandono, 6 (12,2%) MT Psíquicos, 3 (6,1%) MT Económicos y 3 (6,1%) Sospecha de Sumisión Química. 33 (67,3%) refirieron violencia previa. En 28 (57,1%) se emitió parte de lesiones urgente y en 6 (12,2%) se tomaron medidas de protección judicial. Respecto al Presunto Responsable de MT: En 32 (65,3%) casos convive con el paciente. En 18 (36,7%) pacientes es su cónyuge, en 25 (51,0%) casos es otro familiar y en 6 (12,2%) pacientes es su cuidador. En 9 (18,4%) casos además le acompañó al hospital. Personal, que emite el registro: 30 (61,2%) Trabajador Social, 17 (34,7%) Médico y 2 (4,1%) Enfermería.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente uno de cada seis casos de MT registrados en nuestra muestra son ancianos. La mayoría son registrados en el SUH y por parte de la Trabajadora Social. El perfil habitual de la víctima es el de un paciente dependiente que sufre MT no solo físicos de forma reincidente. El presunto Responsable de MT suele ser un familiar que convive con la víctima. A pesar de ello, apenas se toman medidas de protección judicial.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-517

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL

B Paderne Díaz (1), M Romero Brugera (1), E de las Nieves Rodríguez (1), GM Gómez García (1), E López Ruiz (2), NC Rodríguez Hernández (1), O Álvarez López (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) C. S. Presentación Sabio. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperfrecuentadores-urgencias hospitalarias-pacientes

OBJETIVOS:

Describir las características del paciente hiperfrecuentador (HF) en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes de todas las edades que acudieron a urgencias 10 o más veces durante el año 2015.

RESULTADOS:

230 pacientes acudieron a urgencias entre 10 y 48 ocasiones. Se selecciona muestra aleatoria de 110 pacientes, con una media de 13,71 visitas por paciente (DE 6,47, moda 10) generando en total 1475 visitas. El 81,7% generaron menos de 17. La edad media fue de 34,19 años (DE 27,51). El 41,8% tenían entre 31 y 65 años, el 30% entre 0 y 13 años, el 14,5% >65 años, el 10,9% de 19 a 30 y el 2,7% de 14 a 18 años. El 53,6% fueron hombres y el 46,4% mujeres. El 81,3% de los mayores de 65 años y el 27,5% entre 31 y 65 años tenían un alto índice de comorbilidad de Charlson. El 87% de los pacientes > 50 años y el 19% entre 16 y 50 años estaban polimedicados (más de 5 fármacos). El 38,9% de los pacientes mayores de 14 años consumían ansiolíticos y un 10% de éstos no tomaban ningún fármaco en la visita índice. 69 pacientes (62,7%) distribuyeron sus visitas en 4 trimestres, 32 (29,1%) en 3 y sólo 1 paciente en 1 trimestre. Por edades, el 54,5% de los pacientes pediátricos, el 54,5% de 14 a 50 años, el 82% entre 51 a 65 años y el 75% >65 años, las distribuyeron en 4 trimestres.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio la prevalencia de hiperfrecuentadores es de 1,5/1000. El rango de edad más frecuente es de edad media, seguido de los pacientes pediátricos. Sorprendentemente la edad avanzada supuso el grupo de pacientes menos numeroso, a pesar del mayor índice de comorbilidad. Llama la atención el alto porcentaje de ansiolíticos en los HF. La mayoría de los HF están fidelizados con la urgencia ya que la mayoría distribuyen sus visitas a lo largo del año.

P-521

SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS NOCTURNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿UN ESLABÓN MÁS!

AC Rojas Barrantes, C Martínez Álvarez, S Morales Caycedo, RS Medina Huarcaya, JJ Valerio Lugo, C Crespo Palau, JA Escorcía Chafer

Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils. Tarragona

PALABRAS CLAVE: atención primaria de salud-geriatría-cuidados paliativos

OBJETIVOS:

Después de 4 años de funcionamiento en el área de influencia de nuestro CUAP nos planteamos analizar la demanda asistencial, analizar la calidad de las visitas y plantear protocolos para mejorar la asistencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado análisis descriptivo retrospectivo de las visitas del SUE del año 2016 y se han comparado con los años previos. Los datos se han recopilado con el programa asistencial OMIweb y el análisis con Microsoft Excel.

RESULTADOS:

En 2016 hubo 258 visitas, con fluctuaciones mensuales similares que en años anteriores: incremento de la actividad en abril 11,2%, julio 12,8% y diciembre 8,5%. Se detectó mayor uso del recurso en la población del CUAP respecto a las otras poblaciones asistidas por el SUE. Referente a las patologías atendidas no se observaron cambios relevantes respecto a años anteriores. El exitus, 20,5% es la principal demanda asistencial de este servicio, con un circuito y protocolo adaptado a tal fin. El 90% de los finados estaban etiquetados como PCC-ATDOM-MACA por patología crónica y terminal. Hubo 53 visitas por dolor osteomuscular (54,7% por dolor dorso-lumbar), siendo el segundo diagnóstico más prevalente (11,2%). La patología urinaria agrupa el 8,5%, con la retención aguda de orina como más prevalente. Del 9,6% de consultas por alteración psiquiátrica, el 40% fueron por agitación-psicosis. De los motivos digestivos (12%) destaca la gastroenteritis en época estival, y en patología respiratoria (9,6%) prevalece la agudización de enfermedad de base.

CONCLUSIONES:

El Servicio de Urgencias y Emergencias en Atención Primaria es un recurso infrautilizado por el sistema sanitario (0.7 salidas/día), especialmente en la atención de las poblaciones geriátrica y oncológica. Desarrolla una actividad importante en el ámbito de los cuidados paliativos y el proceso de fallecimiento. Debería hacerse mayor hincapié en la especificidad de los diagnósticos y establecer protocolos para conseguir una actuación estandarizada.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-523

SUICIDIO, LA NUEVA PANDEMIA

MJ Ruiz Vert (1), I Feliu Pérez (2), O Marquina Peralta (2),
A Pau Massoni (2), S Oliveras Menor (2), G Fustegueras Mir (1)
(1) ICS. (2) SEM

PALABRAS CLAVE: attempted suicide-suicide-pandemia

OBJETIVOS:

Enfatizar la actual situación tanto nacional como internacional en relación dicha pandemia. * Determinar las mejores estrategias a seguir determinadas por la OMS. * Describir el nuevo código impulsado por el SEM en Cataluña.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica en bases de datos tipo MEDLINE e informes i material de la OMS y SEM para determinar las mejores estrategias a seguir para lograr una correcta interacción y tratamiento en los casos de riesgo de suicidio.

RESULTADOS:

Obtener de manera esquemática las mejores estrategias a seguir para interactuar con los pacientes con riesgo de suicidio en emergencias.

CONCLUSIONES:

Hay un incremento leve pero constante en los últimos años de los intentos/gestos de suicidio. Este hecho prevé un incremento de su incidencia y prevalencia en los próximos años. Por todo ello es importante determinar dichas estrategias para mejora la empatía con dichos usuarios mejorando así tanto la evaluación como su tratamiento.

P-524

DETECCIÓN DE DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA MODERADA-SEVERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Gil Molet, A Bea Olabarriá, I González Morcillo,
JI Martínez Martínez, M Ordoñez García, FA Valencia Galván,
R Herrería Laherrán

Hospital Santa Marina. Bizkaia. Osakidetza

PALABRAS CLAVE: dolor-demencia-urgencias

OBJETIVOS:

- Detectar el dolor en pacientes demenciados, tratarlo y asegurar la continuidad asistencial. - Conocer Prevalencia de dolor en dichos pacientes en Urgencias de hospital de crónicos. - Conocer el grado de seguimiento de pacientes con escala PAINAD+ durante su ingreso hospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La edad constituye un factor de riesgo de dolor y demencia, esta influye en la expresión del dolor, dificultando su detección y tratamiento. Pretendemos evaluar el dolor en personas mayores con demencia. Aplicaremos desde Urgencias la escala Pain-Assessment-in-Advanced-Dementia-Scale (PAINAD, herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia avanzada, así como realizar un seguimiento adecuado en Hospitalización. Se llevó a cabo un plan formativo sobre detección y tratamiento del dolor en pacientes con demencia, entre el personal sanitario del Hospital Santa Marina. Población diana: pacientes que acudan a Urgencias y sean dados de alta o ingreso en Hospitalización.

RESULTADOS:

En Urgencias se ha pasado la escala PAINAD a 42 pacientes con demencia moderada-severa. Se ha diagnosticado de dolor al 54.76% (82.60% dolor leve, 13.04% moderado, 4.34% severo). El 13.05% fueron alta a domicilio desde Urgencias, el 100% con diagnóstico de dolor y el 100% con recomendaciones de manejo del dolor al alta. El 30.43% fallecieron durante la estancia en hospital (% acorde con mortalidad de nuestro centro). El 56.52% ingresaron en planta. En el informe de alta se diagnosticó de dolor el 53.84% y el 42.85% fueron alta con tratamiento. La prevalencia (54.76%) se corresponde con la descrita en la literatura (49-83%). A pesar de detectar el dolor según datos publicados menos del 40% recibe tratamiento. En nuestro estudio lo han hecho el 100% de los dados de alta desde Urgencias (Servicio investigador) y un 42.85% de las altas desde otros Servicios.

CONCLUSIONES:

Observando los resultados, deberíamos continuar captando pacientes para alcanzar el objetivo final del estudio: introducir la escala de detección de dolor en pacientes dementes no comunicadores verbalmente, como valoración sistemática dentro de nuestra práctica clínica habitual. Difundir los resultados al resto de facultativos del hospital contribuirá en la continuidad de cuidados al alta.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-526

CÓMO MEJORAR LA ASISTENCIA EN URGENCIAS A LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

J González Rodríguez, MJ Arranz Nieto, M Sousa Reviriego,
F Marcos Fernández

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

PALABRAS CLAVE: asistencia-urgencias-autismo

OBJETIVOS:

Adaptación, estructuración del entorno y prevención de las posibles dificultades que pueden surgir en la atención de una persona con TEA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Cómo mejorar la asistencia: 1. Programas de desensibilización sistemática de los TEA. 2. Formación de profesionales sanitarios en TEA. Características generales que definen los TEA. Principales dificultades que presentan en el acceso a la salud. Propuestas para mejorar su atención sanitaria. Métodos alternativos de comunicación para personas con TEA. Métodos de control conductual. 3. Creación de sistemas de alerta en la Historia Clínica Electrónica (HCE) 4. Máxima información sobre la persona con TEA aportada por los familiares. 5. Hacer más accesible el trato con los TEA.

RESULTADOS:

Técnicas para hacer más accesible el trato: 1. Elección: Ofrecerle alternativas para que elija. 2. Distracción: Preguntarle sobre sus intereses. 3. Modelado: Utilizar la imitación de lo que se va a realizar. 4. Recompensas. 5. Petición de tareas: Primero fáciles. 6. Utilización de claves visuales, Pictogramas. 7. Utilización de cuadernos de comunicación prediseñados. 8. Crema anestésica para las inyecciones por su hiperestesia. 9. Sedación: En nuestro SUH estamos utilizando un compuesto gaseoso con un 50% de oxígeno medicinal y un 50% de protóxido de nitrógeno que se utiliza con mascarilla facial a partir de los 4 años, y, cuya característica fundamental es su efecto analgésico y amnésico para intervenciones dolorosas de corta duración. 10. Medidas de contención en situaciones extremas.

CONCLUSIONES:

La práctica clínica diaria demuestra que cuando existe anticipación previa, entrenamiento específico, desensibilización sistemática o una simple habituación a los procedimientos, la ansiedad del paciente disminuye considerablemente antes, durante y después de la visita a Urgencias.

P-531

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

C Gil Castillo (1), MJ Custodio García (1), D García González (2),
P Costa Alba (1), M De Fuentes Frutos (1), IJ Cuadrado Blanco (1),
V Rodríguez Fariña (1)

(1) Hospital Universitario de Salamanca. (2) IBSAL Salamanca

PALABRAS CLAVE: conciliación-prescripción-errores

OBJETIVOS:

Detectar los errores en el tratamiento, utilizarlo a la hora de analizar posibles causas de visita del paciente, corrección, y modificación al alta con el fin de evitar patología iatrogena, visitas a urgencias e ingresos innecesarios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El médico de urgencias / farmacéutico recogerán información de distintas fuentes: Informe de AP, Centro Sociosanitario, informes previos del paciente, Receta Electrónica, Bolsa de las medicinas y entrevista con el paciente/familiar/cuidador. Criterios de inclusión: pacientes en área de observación en tratamiento crónico con 3 o más fármacos. Se clasificaron los errores según su frecuencia y se elaboró posteriormente un informe a AP con el fin de minimizarlos.

RESULTADOS:

En 10 meses se revisó el tratamiento a 2795 pacientes. En total se detectaron y registraron 664 errores de medicación en 611 pacientes. Un 21.9% de los pacientes presentaba algún error de medicación. En 180 (6.4%) pacientes los errores de medicación supusieron un factor para acudir a urgencias (27.11% de los errores detectados) y 85 (3.1%) acabaron ingresando (12.8% de los errores detectados).

CONCLUSIONES:

Existen múltiples errores en el tratamiento de los pacientes que acuden a nuestro servicio de urgencias. La conciliación terapéutica ayuda a la identificación de los mismos, supone el diagnóstico más rápido, y la actuación sobre éste al alta. Reduce el número de visitas al hospital, ingresos así como el gasto económico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-533

EL DOLOR: QUINTA CONSTANTE VITAL EN URGENCIAS

G Hernández Comes, JM Giner Morales, C Pérez Ductor, MJ Larré Muñoz, MC Sala Sainz, V Chumpitaz Capcha, V Carro García
Hospital Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: acute pain-analgesia-scales

OBJETIVOS:

1. Gestión eficaz del dolor agudo y del crónico agudizado en los servicio de urgencias: evaluación apropiada usando una escala desde triaje para identificar a pacientes con necesidad de tratamiento más rápido. 2. Reevaluar el dolor sistemáticamente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tríptico resumen con los conceptos básicos que atañen al dolor, las escalas de validación más adecuadas y los fármacos pertenecientes a los diferentes escalones terapéuticos. Haciendo mención especial al dolor irruptivo oncológico (DIO) y al neuropático, por su abordaje singular.

RESULTADOS:

El reconocimiento, validación y tratamiento adecuados del dolor mejorarán la relación entre el médico y el paciente, así como la calidad asistencial de los servicios de urgencias.

CONCLUSIONES:

El dolor ha sido descrito como un signo vital, y como tal debe ser documentado en la evaluación inicial de un paciente en los servicios de urgencias para contribuir a una mejora en la calidad asistencial.

P-536

PACIENTES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Puig Campmany, J Ris Romeu, S Herrera Mateo, JL Higa Sansone, H Hernández Ontiveros, L Lozano Polo, M Rizzi
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: nursing homes-aged-frailty

OBJETIVOS:

Analizar las consultas realizadas en un Servicio de Urgencias terciario (SU) por pacientes que viven en residencias geriátricas (PRG) en un periodo de invierno, sus características y su destino.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo en un periodo de 4 meses (1/11/2016-28/02/2017). Se recogieron variables demográficas, modo de transporte, datos de triaje, diagnóstico al alta, tiempo de estancia, destino al alta (alta, traslado a Centro Sociosanitario - CSS, ingreso unidad de observación de urgencias, ingreso en unidad de estancia corta, ingreso en unidad de hospitalización, bloque quirúrgico, unidad de críticos, exitus).

RESULTADOS:

Se analizaron 584 episodios de 29.039 urgencias. Edad media $84 \pm 10,63$, mediana 88 años, mujeres 71,23%. Los niveles de triaje fueron altos (más del 53% correspondió a niveles I y II). Llegaron en ambulancia el 96,92%. Destino: 17,6% ingresó en el hospital y un 26,71% fueron derivados a CSS. El 52,37% de los pacientes fueron dados de alta después de unas pocas horas de tratamiento y observación.

CONCLUSIONES:

Los PRG atendidos en el SU requieren con frecuencia ingreso hospitalario. Una reorganización del SU dirigida a proporcionar atención geriátrica integral tiene ventajas para la salud de los pacientes, el hospital y el propio sistema de salud, y permite un alta temprana del SU. Un circuito de derivación de PRG a CSS desde el SU son eficaces para adecuar el entorno de tratamiento, reducir el ingreso en el hospital terciario y evitar estancias prolongadas en el SU.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-540

RESOLUTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS
EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

X López Altimiras, JA Gutiérrez Zubiaurre, G Ormeño Vitorero,
L Navas Bonilla, E Gil Casado, N Pomares Quintana

Hospital de Mollet. Barcelona

PALABRAS CLAVE: semicríticos-eficacia-urgencias

OBJETIVOS:

Analizar las características de los pacientes que han precisado traslado des de la USC a centro de referencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo, en los tres primeros años (enero 2014 a enero 2017) de funcionamiento de la USC, de las características los pacientes ingresados en la USC y de los que han precisado traslado a centro de referencia. Se procede al análisis estadístico con el paquete SPSS y se realiza estudio comparativo entre pacientes trasladados y no trasladados.

RESULTADOS:

Se han ingresado 2037 pacientes, han precisado traslado 271 (13,3%). 54,2% de los traslados varones, vs. 60,5% los no trasladados ($p = 0.054$). Edad media traslados 67,5 años, vs. 69,6 ($p = 0.03$). Días de estancia en la USC 2,62 vs. 3,48 ($p < 0.001$). Precisaron ventilación no invasiva (VNI) 6,6% vs. 20,3% ($p < 0.001$), y ventilación invasiva (VI) 26,2% vs. 1,5% ($p < 0.001$). Recibieron drogas vasoactivas o cardio estimulantes el 29,9 vs. el 8,4% ($p < 0.001$). Sèpticos APACHEII 15,8 vs. 14,2 y SOFA 5,9 vs. 4,6 (P ns). Cardiológicos (SCA) GRACE 128 vs. 112 y TIMI 3,5 vs. 3,9 (P ns). Por grupos diagnósticos traslado 42,4% cardiológicos vs. 34,9%, a destacar que la mitad de los cardiológicos precisó traslado para colocación de marcapasos definitivo, respiratorios 11,8% vs. 21,8% y sépticos 19,2% vs. 10,35%.

CONCLUSIONES:

Los pacientes trasladados han sido predominantemente varones, más jóvenes, con menos días de estancia en la Unidad, habían precisado más frecuentemente de soporte ventilatorio invasivo y de drogas vasoactivas y cardioestimulantes. Por patologías el grupo con mayor porcentaje de traslados fue el cardiológico (111, 62%), pacientes sépticos (19,2%) y respiratorios (11,8%). La mayor parte de los traslados por precisar VI más de 24-48 h, o técnicas diagnóstico-terapéuticas no disponibles en nuestro hospital. La necesidad de VNI no se relacionó con traslado. La gravedad de pacientes sépticos o SCA no se asoció a mayor porcentaje traslado.

P-542

MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES HIPERFRECIENTADORES
Y SU PROPORCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL

M Romero Brugera (1), GM Gómez García (1), B Paderne Díaz (1),
E De las Nieves Rodríguez (1), E López Ruíz (2), NC Rodríguez
Hernández (1), O Álvarez López (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) C. S. Presentación Sabio.
Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperfrecuentadores-urgencias hospitalarias-hospitalización

OBJETIVOS:

Describir los problemas de salud por los que acuden a urgencias los hiperfrecuentadores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Selección de muestra aleatoria de pacientes hiperfrecuentadores durante el año 2015 y revisión de historias clínicas electrónicas.

RESULTADOS:

Se seleccionan aleatoriamente 110 pacientes de un total de 230 pacientes que cumplían los criterios de HF. Los motivos de consulta más frecuentes fueron los respiratorios, 306 (21% de visitas, ingresando el 56,6% de los pacientes el 59,4% de las ocasiones), digestivos, 252 (17%) ingresando el 63,7% de estos pacientes el 59,12% de las visitas, psiquiátricos, 156 (10,7%) ingresando el 77,4% de los pacientes en el 75% de sus visitas y los neurológicos (mareo, cefalea y crisis comiciales) 120, 8,2% ingresando el 75,5% en el 84,8% de sus visitas. Sólo 15 pacientes (1%) hiperfrecuentaron la urgencia por intoxicación medicamentosa. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Neumológicos (287 visitas, 19%), Digestivos (192, 13%), PSQ (169, 11%), traumatológicos (152, 10%), no patología urgente 109 (7,4%), ORL 102 (7%), Dolor torácico inespecífico y palpitaciones 62 (4,2%), infecciones diversas no respiratorias 60 (4,11%) y la patología urinaria, cefalea,, neurológicos, ginecológicos, dermatológicos e intoxicaciones por debajo de 50 visitas y del 3%).

CONCLUSIONES:

La patologías más frecuentes por las que acuden los pacientes hiperfrecuentadores a urgencias son las respiratorias, digestivas y psiquiátricas, lo cual no difiere de la población general. Más de la mitad de los pacientes ingresan en más del 50% de sus visitas, cifra sensiblemente superior al porcentaje de hospitalización de la población general.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-543

USO DE RECURSOS DEL PACIENTE HIPERFRECIENTADOR EN LAS URGENCIAS

E de las Nieves Rodríguez (1), NC Rodríguez Hernández (1), E López Ruiz (2), M Romero Brugera (1), GM Gómez García (1), B Paderne Díaz (1), O Álvarez López (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) C. S. Presentación Sabio. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperfrecuentadores-urgencias hospitalarias-recursos en salud

OBJETIVOS:

Describir el tipo y uso de recursos utilizados por el HF en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Selección de pacientes consecutivos con criterio de HF en 2015.

RESULTADOS:

Se seleccionan 110 pacientes HF. Generaron 1457 visitas (0,7% del total). Ingresaron en 299 ocasiones (20,6%), el 77% en servicios médicos, 7% en Pediatría (51,4% de los pacientes pediátricos), 8% en Psiquiatría (9,9%) y 7% en servicios quirúrgicos. 30 pacientes (25,4%) nunca ingresaron, 19 (17%) ingresaron menos del 10% de sus visitas, 28 (25%) entre el 11 y el 20%, 23 (20%) entre el 21 y 50% y 13 (11%) en más de la mitad. Los HF generaron 137 interconsultas dentro de la urgencia (9% de las visitas). A 77 pacientes no pediátricos se realizaron pruebas complementarias en 604 visitas (54,3%) y a 48 pacientes (62,7%) se le realizaron éstas en el 50% o más de sus visitas. 24 pacientes (21,8%) estuvieron una media de 2 horas en cada visita. 20 (18,2%) de 2 a 5 horas, 17 (15,5%) de 5 a 10 horas y 49 (44,5%) más de 10 horas. Sólo 7 pacientes no recibieron nunca tratamiento urgente. 41 pacientes lo recibieron entre el 5 y el 48% de sus visitas. 62 en la mitad o más y 15 en más del 90% de las ocasiones. Se indicó radiología simple en el $28,11 \pm 2,6\%$ de las visitas, de media. Durante el periodo de estudio se les realizaron a 23 pacientes en el 50% o más de las visitas. A 9, 10 o más, a 24 entre 5 y 9 y sólo a 23, ninguna.

CONCLUSIONES:

El HF tiene un alto porcentaje de ingresos en el área médica, que precisa numerosas pruebas complementarias, radiografías y tratamientos urgentes.

P-544

HIPERFRECIENTADORES EN URGENCIAS: ¿CÓMO USAN LA URGENCIA?

GM Gómez García (1), B Paderne Díaz (1), E López Ruiz (2), M Romero Brugera (1), E de las Nieves Rodríguez (1), NC Rodríguez Hernández (1), O Álvarez López (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) C. S. Presentación Sabio. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperfrecuentadores-urgencias hospitalarias-mal uso del servicio de salud

OBJETIVOS:

Describir los patrones de uso de las urgencias de los hiperfrecuentadores en un hospital universitario de segundo nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron pacientes con criterios de hiperfrecuentación.

RESULTADOS:

Cumplieron criterios de hiperfrecuentación 230 pacientes. Se seleccionaron aleatoriamente 110. 1252 visitas, el 83,4%, se produjeron a petición propia (DE 23,12%) y 80 pacientes (72%) fue a petición propia en más del 80% de sus visitas. Por indicación médica el porcentaje medio de visitas fue el 17,09% (DE 22,7%) y solo en 10 pacientes fue del 50% o más de sus visitas. Acudieron por un problema de salud de menos de 7 días de duración en 1011 ocasiones (69,38%). Cumplieron el seguimiento ambulatorio indicado en el 52,6% de las visitas totales. 13 pacientes (11,8%) no lo cumplieron el seguimiento en ninguna ocasión y 24 pacientes lo cumplieron entre el 1 y 30% de sus visitas, 22 (20%) en el 31-50% y 51 (46,3%) en más del 50%. En cuanto al motivo de consulta 56 pacientes acudieron el 50% o más de las veces por el mismo motivo. Respecto al horario, de media, acudieron en horario nocturno (de 23h a 6h) en el 13,3% de sus visitas (DE 13,79% (0-73%)). En horario diurno, (valle) de 7 a 11h en el 23,13% (DE 19,84% (0-100%)). De 12 a 15h (pico) en un 20% (DE 14,06% (0-70%)). De 16 a 18h (valle) en un 21,54% (DE 15,34% (0-63%)) y en horario pico vespertino de 19 a 22h en el 20,6% (DE 10% (0-44%)).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio no se evidencia que el hiperfrecuentador tenga predilección por ninguna franja horaria. En general no consulta a Atención Primaria antes de acudir a urgencias (vienen a petición propia). La mitad acudió por síntomas de corta evolución y mismo motivo de consulta e hicieron seguimiento ambulatorio indicado más del 50%.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-549

SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS:
10 AÑOS DE TRABAJO

P García Peña, A Gil Molet, A Urigoitia Ugarte, R Herrería Laherrán
Hospital Santa Marina. Bilbo, Bizkaia

PALABRAS CLAVE: urgencias-geriátricas-crónicos

OBJETIVOS:

- Compartir nuestra experiencia como Servicio de Urgencias especializado en la atención de pacientes crónicos y geriátricos. - Dar a conocer nuestra evolución de la actividad y la adaptación en la valoración urgente de este tipo de pacientes así como la coordinación con otros niveles asistenciales (AP, residencias, hospitales de agudos y Hospitalización de crónicos).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

A través de la información e indicadores de proceso de Urgencias describiremos nuestra misión, datos de actividad del Servicio (incremento del número de pacientes atendidos, origen y destino), plan individualizado de atención urgente y proyectos de coordinación e investigación que estamos llevando a cabo.

RESULTADOS:

.El total de pacientes atendidos en nuestro Servicio durante 2016 fue 5975. .El 37% acuden derivados desde Hospitales de Agudos, siendo el 63% los pacientes de otras procedencias. De los 2227 pacientes que acuden de Hospitales de Agudos, 2059 son hospitalizados y 169 (7.58%) son altas a domicilio. De los 3748 que no proceden de hospital de agudos, 1268 (33,83%) son ALTAS a DOMICILIO. Se realiza valoración aguda y además valoración geriátrica integral (social, adecuación farmacológica, estado nutricional, detección de dolor en pacientes demenciados...).

CONCLUSIONES:

.El sistema de gestión por procesos ha permitido adaptarnos a las necesidades de los pacientes crónicos adecuando el uso de recursos y asegurándonos una continuidad de cuidados al alta. Nuestro Servicio es una pieza clave en el manejo, tratamiento y reinserción precoz del paciente geriátrico a su medio habitual. Somos un elemento integrador entre Hospital y Atención Primaria en la atención del paciente crónico y sus reagudizaciones.

P-551

¿REALMENTE DISMINUYEN LAS VISITAS A URGENCIAS CUANDO
JUEGA EL BARÇA O EL MADRID?

N Pavone, N Obiols Masó, M Álvarez Monterroso, O Sánchez Roy, M Garzón Quiñones, O Rodríguez Cortez
CUAP Castelldefels. Barcelona

PALABRAS CLAVE: emergency medical services-health services administration-management

OBJETIVOS:

Comparar la cantidad de visitas que se realizan en un servicio de urgencias de un CUAP (Centro de Urgencia de Atención Primaria) durante un período de 6 meses los días de fútbol televisado respecto al resto de días, así como las características demográficas por sexo y el nivel de gravedad de la patología en dichas visitas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo y transversal de las visitas los días en los que el Real Madrid CF y el FC Barcelona participaban en tres competiciones: el Campeonato Nacional de Liga de Primera División, Liga de Campeones de la UEFA y Copa del Rey, respecto a los días en los que no había competiciones en un plazo de 6 meses en un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de Castelldefels, Barcelona. Las visitas se analizaron y compararon por franjas horarias, así como el grado de patología y el sexo de los pacientes que acudieron los días en que ambos equipos participaban en dichas competiciones. Los datos se han analizado con datos obtenidos del Conjunto Mínimo de Base de Datos (CMBD-UR). Se ha realizado análisis descriptivo mediante frecuencia definida en porcentaje para las variables nombradas anteriormente, con Microsoft Excel 2013.

RESULTADOS:

En los días de competición se observa una clara disminución de las visitas a urgencias (Gráfico 1). En las horas de partido, que coinciden con el pico de visitas a urgencias (19 a 23 h) se observa una disminución de hasta el 4% de visitas. Destacar que la disminución de visitas se observa tanto en hombre como mujeres y en todas las franjas de edad.

CONCLUSIONES:

Tras el análisis de datos, se concluye que los días de partido, hay una clara disminución de las visitas a urgencias.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-580

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CARBOXIMALTOSA DE HIERRO (CMH) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES DERIVADOS DESDE UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA (UUH)

N Sevilla Ramírez, JM López-Suárez, P Morera Pérez, C Romo Guajardo-Fajardo, E Montero Romero, JM López-Chozas

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: anemia-ferroterapia-seguridad del paciente

OBJETIVOS:

Analizar las características de la población que se somete al tratamiento con Carboximaltosa de hierro (CMH) en el HDM procedentes de la UUH. Conocer la eficacia del tratamiento, valorando los cambios analíticos tras el tratamiento, así como la seguridad del mismo en función a las reacciones infusionales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizan 107 solicitudes de tratamiento con CMH realizadas desde la UUH al HDM. Se estudian datos de edad, género, dosis administrada y cambios en hemoglobina (Hb) tras el tratamiento. La dosis a administrar de CMH se calcula en función del peso y Hb del paciente, según tabla de cálculo de la ficha técnica.

RESULTADOS:

Se analizan 107 solicitudes de tratamiento con CMH desde la UUH, siendo un 28,97% hombres y un 71,03% mujeres, con una edad media de 62,29 años (DE = 20,16) sin diferencias significativas entre géneros. En el 89% de los pacientes existía sangrado previo de distintos orígenes. La dosis media administrada fue de 1532,71 mg (DE = 41,92) distribuidas del siguiente modo: dosis <1000 mg: 0,93%, dosis de 1000 mg: 31,78%, dosis >1000 mg: 67,29%. En cuanto a los cambios analíticos, la Hb previa media fue de 73,86 g/L (DE = 12,08), siendo la Hb posterior media de 109,95 g/L (DE = 20,17), esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,01$). El incremento medio de Hb fue de 36,09. El volumen corpuscular medio basal fue de 76,75 fL (DE = 12,10), microcitosis. Ningun paciente presentó alguna reacción adversa durante la infusión de la CMH.

CONCLUSIONES:

Los pacientes derivados para administración de tratamiento con carboximaltosa de hierro son en su mayoría mujeres, de edad media, con sangrado como origen de su anemia. Carboximaltosa es un fármaco seguro y eficaz según muestran los datos del análisis para la corrección de la anemia ferropénica. El incremento de Hb tras la CMH fue muy significativo.

P-581

PATOLOGÍAS POR LAS QUE CONSULTAN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

EM Fernández Quijada (1), IC Sánchez López (1), FA Guirao Salinas (1), P Pérez Martínez (2), L Strobosch Conesa (3), M Soria Soto (3), P Pérez López (1)

(1) Centro de Salud Vistalegre-La Flota/Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. (2) Centro de Salud Murcia Centro. (3) Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: health planning organizations-health care rationing-emergency medical services

OBJETIVOS:

Describir las patologías y la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalarias en pacientes pertenecientes al programa PCCM.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Población: Pacientes pertenecientes al programa PCCM que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital durante el mes de Noviembre 2016. Variables: Motivo de consulta, Diagnóstico al alta, Índice Charlson, Agudización de su enfermedad de base, y pruebas diagnósticas solicitadas. Análisis estadístico descriptivo de la población mediante medidas de tendencia central y dispersión con sistema estadístico Excel y SPSS. Aval ético aprobado por comité ético de área.

RESULTADOS:

En el mes de noviembre 2016 se atendieron 148 PCCM que generaron un total de 181 visitas a urgencias. El motivo de consulta más frecuente fue la disnea con un 32,02%, seguido del deterioro del estado general (11,24%) y del dolor abdominal (7,87%). Los diagnósticos al alta más frecuentes son la infección respiratoria 24,0%, Insuficiencia cardíaca (17,14%) y la patología digestiva (14,29%). Un 56,67% de los pacientes tienen un Índice de Charlson ≥ 4 , definiendo estos pacientes como de alta complejidad. El 52,78% de las asistencias fueron por una agudización de alguna enfermedad de base. El 87,85% de las atenciones requirieron analíticas, el 86,19% radiografías, TAC 6,63% y ecografía 1,10%.

CONCLUSIONES:

Los pacientes crónicos complejos generan un elevado porcentaje de atención en urgencias hospitalarias, con un alto consumo de pruebas complementarias. Destaca la alta complejidad de este tipo de población. Los sistemas sanitarios tienen que adaptarse al reto que supone las necesidades de atención a este tipo de pacientes, tanto en el ámbito de la comunidad y domicilio, como en la atención de urgencias y hospitalización.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-587

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TRASLADADOS EN UVI MÓVIL QUE FALLECEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

B Pérez Deago (1), S Llorente Álvarez (2), J Puente (3),
O Rodríguez Maroto (4), M Casanueva Gutiérrez (1),
B Vilaboy Arias (1)

(1) Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. (2) Servicio de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas. SESPA. (3) Departamento de Administración de Empresas. Escuela Politécnica de Ingeniería de Gijón. Universidad de Oviedo

PALABRAS CLAVE: servicios médicos de urgencia-mortalidad-ambulancias

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes fallecidos en un SUH, que acudieron al mismo trasladados en UVI móvil por el personal del SAMU. Analizar sus peculiaridades respecto al resto de fallecidos en el SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo realizado sobre los 37 pacientes que fallecieron en el año 2015 en el SUH del Hospital de Cabueñes (Gijón), trasladados por el personal del SAMU en UVI Móvil.

RESULTADOS:

Constituyen el 19,1% del total de fallecimientos del año ocurridos en el SUH. La edad media fue de 77,35 +11,14 años, significativamente inferior a la del resto de éxitus registrados (82,40 + 13,40 años), el 59,45% fueron varones (sin encontrar diferencias significativas respecto al sexo.) El 50% fueron atendidos en la sala de críticos, donde fallecieron el 43%, realizándose RCPA a un 38,1%. Al 43% se les realizaron pruebas adicionales de imagen, especialmente TAC craneal (52%) y ecografía abdominal (50%) precisando interconsultas a otros servicios un 34%. Acudieron por causas traumáticas en un porcentaje superior al esperado, siendo estas diferencias respecto al resto de fallecidos en el SUH estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES:

Estudios previos caracterizan al paciente tipo que fallece en el SUH como una persona de edad avanzada con mala calidad de vida previa y enfermedades crónicas en situación terminal. Este patrón no se cumple en el caso del paciente trasladado en UVI móvil. Estaríamos ante un varón clasificado como código rojo, por patología cardiovascular y/o traumática. Se le realizan más pruebas y genera más interconsultas. El lugar de atención y fallecimiento generalmente es el box de críticos, por lo que nos hallamos ante un paciente que no cumple los estándares del éxitus en urgencias y por tanto debe tenerse en cuenta en estudios de mortalidad futuros.

P-597

CUERPOS EXTRAÑOS, CONSULTA EN AUJE EN SERVICIO DE URGENCIAS

VM Calatrava Gallardo (1), I Andrés Antolín (2), D Díez Díez (3),
MJ Martínez Maldonado (4), R García Lorenzo (4)

(1) C. S. Eras del Bosque. Palencia. (2) C. S. Pintor Oliva. Palencia.
(3) C. S. La Puebla. Palencia. (4) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

PALABRAS CLAVE: foreign bodies-hospitalization-observational study

OBJETIVOS:

Describir la relación entre la presencia de estos centros y el aumento de dichos ingresos. Otros objetivos son describir la relación con otras variables (edad y sexo).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Datos del Registro Hospitalario, a partir de las clasificaciones diagnósticas CIE-9 y CIE-10. Hemos excluido en nuestro trabajo los CE oculares, intraoperatorios y traumáticos, encontrando 340 ingresos de 300 pacientes diferentes (17 de ellos precisaron dos o más ingresos). Para el análisis de los datos se empleó el programa informático SPSS.

RESULTADOS:

El diagnóstico más frecuente fue CE laríngeo (22.32%), seguido de CE en intestino delgado y colon (15.94%), y CE esofágico (13.91%). El 56, 24% de los CE estaban en vía digestiva, el 6,09% en ORL, el 37,11% en vía respiratoria y el 0,58% en aparato genitourinario. Por otra parte, en cuanto a la procedencia del paciente, el 67,25% de los pacientes vivían en su casa, el 8,7% en residencias de ancianos, el 9,57% en centro psiquiátrico y el 13,62% en centro penitenciario. La mediana de edad de los varones en el domicilio es de 61 años, mientras que la de la mujer es de 21. En cuanto a las residencias de ancianos, la mediana es de 84 años para varones y 90 para mujeres. En los centros psiquiátricos, la mediana es de 38 y 33 años respectivamente. En los penitenciarios es de 32 (solo varones) El tiempo medio de estancia fue de 6,68 días, destacando la estancia media de cuerpo extraño en intestino y colon (12 días) En cuanto a los hiperfrecuentadores, se objetiva entre institucionalizados en centro psiquiátrico y penitenciario un aumento de las consultas en urgencias por este motivo sin requerimiento de ingreso.

CONCLUSIONES:

No se objetiva relación entre el aumento de ingresos por CE y la presencia de pacientes institucionalizados. Sin embargo, entre los hiperfrecuentadores este tipo de paciente es más frecuente.



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-602

SÍNDROME DE **BURNOUT** EN LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE SEGOVIA

R Artiguez Terrazas (1), RM Cárdbaga García (2), J Martínez Piedra (3), I Cárdbaga García (4)

(1) UME Miranda de Ebro. Burgos. (2) UME Segovia. (3) SBV Segovia II. (4) Complejo Hospitalario de Segovia

PALABRAS CLAVE: agotamiento profesional-estrés psicológico-servicios médicos de urgencia

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias y Emergencias del Área de Salud de Segovia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, transversal de prevalencia. Muestra de 50 profesionales. Encuesta de recogida de datos: Maslach Burnout Inventory (MBI). Análisis estadístico con SPSS en versión 23.0.

RESULTADOS:

La prevalencia de Burnout se especifica en unos valores medios de la muestra en las tres dimensiones del síndrome: 23,34 en agotamiento emocional, 8,48 en despersonalización y 33,56 en realización personal. En porcentajes, un 42% de profesionales presentan altos niveles de agotamiento emocional, un 40% obtienen niveles altos de despersonalización y un 44% obtienen bajos niveles de realización personal. El Síndrome de Burnout se define por altos niveles de agotamiento emocional, altos niveles de despersonalización y bajos niveles de realización personal. Las tres dimensiones las cumplen un 14% de los profesionales.

CONCLUSIONES:

Las puntuaciones de los profesionales en el MBI es similar a las obtenidas en otros estudios, salvo en la subescala de realización personal en la que se obtienen puntuaciones superiores a las de otras investigaciones. Los resultados nos muestran la necesidad de establecer prácticas laborales y un clima emocional que potencien el desarrollo y bienestar humano. Además sería conveniente establecer programas que permitan afrontar el estrés laboral.

A-456

ONDASETRÓN SUBLINGUAL, ¿EL VOMITAR SE VA A ACABAR!

M Falces Añón, J Alonso Caballero, T Antón Casas, L Jiménez Martínez, V Marínez Martínez, A Falces Añón, Y Barroso Caballero

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-462

TRANSFORMACIÓN DEL CARRO DE PARADA ADULTO EN CARRO DE PARADA PEDIÁTRICO

MA Waliño Pizarro, P Oliver Gicolea, L Basterretxea Bengoetxea, A Tellería Bereciartua, M García Veloso, V Cuadrado Quintas, JR Lasarte Iradi

Hospital de Mendara. Gipuzkoa

A-467

SVISUAL: ROMPIENDO BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

L Jiménez Martínez, J Alonso Caballero, T Antón Casas, M Falces Añón, V Martínez Martínez, M Fuentes Ochoa

Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-468

GET-LAT: GEL ANESTÉSICO PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS QUE PRECISAN SUTURA EN PEDIATRÍA

L Jiménez Martínez, M Falces Añón, T Antón Casas, J Alonso Caballero, V Martínez Martínez, M Fuentes Ochoa

Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-475

ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EXTRAHOSPITALARIA: PERFIL VICTIMOLÓGICO Y ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

A Fernández Zamora, T Pacheco Tabuenca, Y Fernández Ruiz, ME López Valtierra

SAMUR-Protección Civil. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5: MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A-478

PROMOCIONANDO LA SALUD DESDE URGENCIAS

MJ Morales Acedo, P Del Pino Valverde, P Jiménez Zurita, M Nogués Herrero, M Rizo Hoyos, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

A-490

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA BASE JACA DEL 061 ARAGÓN

S Abella Barraca, E Gasca Pérez, N Whörle, E Sierra Quintana, S Batista Pardo, N López Gracia, P Benedé Ubieto

061 Aragón

A-525

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIRCUITO PARALELO DE ATENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA)

J González Rodríguez, F Marcos Fernández, M Sousa Reviriego

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

A-527

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN URGENCIAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

M Sousa Reviriego, J González Rodríguez, MJ Arranz Nieto, F Marcos Fernández

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

A-547

PROBLEMAS DE SALUD DE LOS PACIENTES HIPERFRECVENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y SU ESTRATIFICACIÓN POR EDAD

E López Ruiz (1), B Paderne Díaz (2), E de las Nieves Rodríguez (2), GM Gómez García (2), M Romero Brugera (2), NC Rodríguez Hernández (2), O Álvarez López (2)

(1) Centro de Salud Presentación Sabio. Móstoles, Madrid. (2) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

A-555

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

E Martínez Suárez, A Oller Bonache, J López Escuin, C Díaz Olaizola, F Casarramona Lobera, J Martos Gutiérrez, R Cristofol Allue

Hospital de Mataró. Barcelona. Consorci Sanitari del Maresme

A-556

MÁS QUE UN FLEMÓN

Á Campo Jiménez (1), E Maiques Tobías (2), MT Cabezuelo Barber (3), M Macías Jiménez (3)

(1) Centro de Salud Castellar. Valencia. (2) Hospital Doctor Peset. Valencia. (3) Centro de Salud Ingeniero J. Benlloch. Valencia



CAPÍTULO 6

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-609

PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA ATENDIDA POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

J Cuerda del Olmo (1), L Ramírez Freire (1), M Castellanos Muñoz (1), B Bernardino Cuesta (2), P Cambronero de Andres (1), L Zubillaga Carmona (1), C Barneto Valero (1)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

PALABRAS CLAVE: trastornos de ansiedad-transporte de pacientes-urgencias

OBJETIVOS:

Definir la incidencia de las crisis de ansiedad como motivo de consulta en el servicio de emergencias SAMUR-Protección Civil (PC) de Madrid, estableciendo si existe una estacionalidad y variabilidad temporal a lo largo del año, la semana y el día.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de los avisos correspondientes con patología psicosomática según codificación procedimiento SAMUR-PC, desde enero 2012 a diciembre 2016. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio hubo 32.128 avisos con el código final de "patología psicosomática", con un aumento de frecuencia a lo largo del periodo analizado (2 casos/1000 habitantes en 2016, según datos del Ayuntamiento de Madrid). La mayoría de los pacientes son atendidos por esta patología en días laborables (75%), más frecuentemente viernes y lunes (15%), en el tramo horario entre las 11-14 horas. El tiempo de actuación medio en intervención es 44 (23) minutos. De los pacientes atendidos, se trasladaron a un centro hospitalario un 24%. Los meses en los que se registra globalmente una mayor incidencia son mayo y junio (9.3%), siendo enero y agosto los meses con menor incidencia. La zona donde se atienden más pacientes es el centro de la ciudad.

CONCLUSIONES:

La patología psicosomática es un motivo de consulta cada vez más frecuente en los servicios de emergencia extrahospitalaria. Este tipo de aviso, requiere un mayor tiempo de implicación del personal sanitario en la resolución de la actuación. La distribución de la frecuencia de este tipo de aviso podría relacionarse con desencadenantes tales como el estrés laboral, y los cambios estacionales.

O-614

MIEDOS Y FALSAS CREENCIAS DEL CIUDADANO LEGO EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

E Jiménez Hijosa, A Ramos Diaz, O Allas Martín, I Ilzarbe Ucelay
Voluntaria SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: citizen participation-cardiopulmonary resuscitation-fear

OBJETIVOS:

Estudiar los factores subjetivos del ciudadano lego sobre su capacidad para realizar maniobras de RCP (Reanimación Cardiopulmonar) ante una PCR (parada cardiorrespiratoria).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes prospectivo, mediante encuestas a ciudadanos de España, accediendo a participar de forma voluntaria, mediante una plataforma de encuestas online difundida a través de redes sociales. Variables de estudio: demográficas, formación sanitaria. Variables resultado: capacidad subjetiva para hacer RCP y factores subjetivos limitantes para hacer RCP.

RESULTADOS:

Se obtuvo 483 cuestionarios cumplimentados. La media de edad fue 38,63 (10,9) años. El 77% fueron mujeres. El 55,3% refiere haber recibido formación en primeros auxilios, un 14,1% hace menos de un año, un 10,2% hace más de 10 años. A un 51,5% le han formado para realizar RCP, de los cuales, un 35,4% se considera preparado, pero sólo un 18% no tendría miedo por considerar que tiene la formación adecuada. El 81,9% contesta tener miedo al RCP, de los cuales el 53,7% optan por creer que pueden hacer daño. El 23,3% cree que indicando que sucede y donde, hasta que no cuelga el teléfono el recurso no se envía. En el análisis multivariante, la valoración subjetiva de sentirse capacitado para hacer RCP se relaciona significativamente con ser mujer ($p = 0,03$ OR = 2,3 [1,02-3,25]), cuando ha hecho un curso de RCP ($p = 0,00$ OR = 1,3 [1,16-1,57]), haber realizado un curso RCP ($p = 0,00$ OR = 55,8 [18,48- 169,00]), haber hecho RCP real ($p = 0,01$ OR = 46,3 [4,8,-438,79]), haber recibido formación con DESA ($p = 0,00$ OR = 4,8 [2,04-11,57]). Los factores subjetivos limitantes para hacer RCP se relacionan significativamente con ser mujer ($p = 0,09$ OR = 2,6 [1,27-5,52]), cuando ha hecho un curso de RCP ($p = 0,00$ OR = 1,3 [1,16-1,57]), haber realizado un curso RCP ($p = 0,00$ OR = 37,2 [10,25-135,16]), haber hecho curso de DESA ($p = 0,25$ OR = 2,43 [1,11,-5,25]).

CONCLUSIONES:

Los miedos subjetivos del ciudadano que limitan su capacidad para realizar RCP se basan fundamentalmente en causar más daño, independientemente de la edad del lego. La formación basada en cursos de RCP es determinante para sentirse más capacitados y con menos miedo.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-616

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA CONDUCCIÓN OPERATIVA EN LAS URGENCIAS MÉDICAS EN SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

C L M, O A M, L J G B, J L G V, O M G G

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: formación-conducción de automóvil-urgencias médicas**OBJETIVOS:**

Evaluar la formación y aprovechamiento de la conducción de vehículos sanitarios adaptada a los TES.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes prospectivo sobre la formación impartida en SAMUR P.C en el primer trimestre de 2017, Población del estudio: TES formados voluntariamente en conducción sanitaria. Variables de estudio: demográficas y variables resultado: aprovechamiento de la formación según encuestas pretest y post-test desarrolladas en las maniobras y teoría del curso.

RESULTADOS:

Ambos sexos mejoran significativamente ($p = 0,00$) su seguridad con el uso de prioritarios, seguridad conduciendo ambulancias, utilización de señales luminosas-acústicas, mantenimiento básico de vehículos, funcionamiento de cambio automático. El sexo femenino tiene mejor aprovechamiento en la conducción de vehículo con prioritarios (50%), funcionamiento de señales acústicas-luminosas (46%), y en la conducción de ambulancias (43%), respecto a los hombres. Es significativo la relación de que a mayor edad hay menos aprovechamiento ($p = 0,00$) en seguridad de la conducción de vehículo con prioritarios, seguridad conduciendo ambulancias, mantenimiento básico de vehículos. Las maniobras donde el sexo femenino ($p = 0,01$) y los jóvenes ($p = 0,02$) mejoran más significativamente es la esquivar con obstáculo.

CONCLUSIONES:

El sexo femenino y los más jóvenes (30-35 años) son los TES que más aprovechan la formación. La media de los pretest masculinos 2,80 (DE = 0,52) es mucho más alta que los pretest femeninos 1,59 (DE = 0,28) porque lo dominan o se creen que lo dominan.

O-617

LA FIGURA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN SAMUR-PC

L Ramírez Freire, J de la Cuerda del Olmo, MJ Polo Sánchez,
M Castellanos Muñoz

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: specialization-toxic gases-health risk**OBJETIVOS:**

Describir la actividad del Técnico Especialista, dentro del operativo de SAMUR-PC, en la ciudad de Madrid en sus intervenciones con los códigos de actuación relacionados con incendios, explosiones y/o exposición a tóxicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las intervenciones realizadas por unidades de SVB/SVA de SAMUR-PC, con presencia de Técnico Especialista entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016. Se analizan variables demográficas, tipología del incidente y variables clínicas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del Registro de los informes del equipo especialista.

RESULTADOS:

Para el estudio se han analizado 6700 intervenciones asistenciales con la codificación correspondiente a incendios (85%) e incidentes preventivos con bomberos (15%). En el 35% de los casos hubo heridos que precisaron atención (sanitaria) por parte de SAMUR PC. El Técnico Especialista ha tenido una participación activa, con valoración inicial del paciente y/o medición de niveles de sustancias tóxicas ambientales, en 4226 intervenciones (63% de los casos), de las cuales, el 68% del total de las intervenciones ha sido resuelto por Técnicos en Emergencias pertenecientes a las unidades de SVB y un 16% de actuaciones han precisado asistencia por unidades SVA con un total de 45 pacientes trasladados con preaviso hospitalario, de los cuales, el 55% han sido por causa de inhalación de humos/gases tóxicos.

CONCLUSIONES:

El Técnico Especialista es figura clave en la valoración y optimización asistencial precoz del paciente, estableciendo un entorno de seguridad asistencial, tanto para intervinientes como para afectados/expuestos, haciendo uso de dispositivos de medición de parámetros en intervenciones en presencia de potenciales agentes tóxicos. La formación de dichos especialistas posibilita, tanto la optimización de recursos asistenciales necesarios en el incidente como garantía, junto con Bomberos, de la seguridad del entorno en la que trabajan el personal interviniente.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-620

COMPARACIÓN EN LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS EXTERNAS EN TÉCNICOS DE TRANSPORTE SANITARIO Y EMERGENCIAS MÉDICAS TRAS UN PROCESO FORMATIVO CON DISPOSITIVOS DE RETROALIMENTACIÓN

CJ Vázquez Corveiras (1), J Mateos Lorenzo (2), R Navarro Patón (3), M Freire Tellado (4), MP Pavón Prieto (5), AL Carballosa Fernández (6)

(1) Ambulancias Salutrans. 061 Galicia. (2) Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061 Galicia. Base 061 Foz. Centro Salud de Foz. Lugo. (3) Facultad de Formación del Profesorado de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela. (4) Fundación Pública Urgencias Sanitarias. 061 Galicia. Centro de Salud de Fingoi. Lugo. (5) Urgencias Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. (6) Ambulancias Salutrans. Lugo

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-masaje cardiaco-técnicos medios en salud

OBJETIVOS:

Comparar la calidad de las compresiones torácicas en Técnicos de Transporte Sanitario y de Emergencias Médicas (TTSEM) antes y después de un proceso formativo continuo con dispositivos de retroalimentación de un año y medio de duración.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo cuasi-experimental sin grupo control, para evaluar la profundidad media de las compresiones (PMC), porcentaje de re-expansión correcta (PRC), ratio compresiones por minuto (RCM), porcentaje de compresiones correctas (PCC) realizadas sobre un maniquí Resusci Anne con los programas Skill Reporter de Laerdal (Norway) y CPR meter durante 2 minutos de compresiones torácicas continuas.

RESULTADOS:

Participaron 75 TTSEM, 21 Mujeres (28%) y 54 hombres (72%). Los parámetros de compresiones antes y después de la experiencia formativa fueron: PMC antes (M = 55,74, DE = 7,15) PMC después (M = 59,04, DE = 8,41), PRC antes (M = 73,44%, DE = 37,29), PRC después (M = 88,57%, DE = 20,31), RCM antes (M = 116,92, DE = 15,97), RCM después (M = 109,62, DE = 7,16) y PCC antes (M = 84,96%, DE = 26,62), PCC antes (M = 96,18%, DE = 79,42). Existen diferencias significativas en todos los parámetros: PMC (p = 0,006), RCM (p = 0,001), PCC (p < 0,001) y PRC (p = 0,004).

CONCLUSIONES:

Todos los parámetros de calidad de las compresiones fueron significativamente mejores tras el proceso formativo continuo con dispositivos de retroalimentación. Es recomendable un proceso continuo de formación con dispositivos de retroalimentación para mejorar y mantener las habilidades en las compresiones torácicas.

O-621

CANSANCIO DEL REANIMADOR ENTRENADO DURANTE LA RCP EFICAZ

S Justo Morato (1), R Murillo Fernández (1), J Guerrero Melle (1), C Fernández Candelas (2), S Sanz Sáez (3), J Gómez Robledo (4), T González Vila (4)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid (2) Bombero Ayuntamiento de Madrid. (3) DUE SAMUR-Protección Civil. Madrid. (4) DUE Hospital General de Villalba. Madrid

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-American Heart Association-masaje cardiaco

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad de la calidad de RCP de un reanimador según el tiempo de duración de la reanimación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo prospectivo por selección aleatoria y participación voluntaria de TES. Variables independientes: variable demográfica y experiencia profesional. Variable dependiente: variables de RCP de calidad según AHA 2015 durante 2 minutos de RCP, tiempo máximo hasta RCP no efectiva y 1 minuto de RCP en reanimador cansado sobre RCP en muñeco Laerdal Resusci Anne QCPR con medidor cualitativo de efectividad de variables.

RESULTADOS:

Participaron 70 TES. Media edad 35años(DE 8) siendo 14% mujeres. IMC 45,7% en percentil normal. Experiencia profesional mediana 10 años (RI 9,75) Tiempo medio máximo de RCP efectiva es de 3:40min (DE:2:30) refiriendo sensación de cansancio a tiempo medio de 2:00min (DE:1:00). La RCP deja de ser efectiva en 48% por disminución de la reexpansión y de la profundidad, sin embargo un 35% aumenta FC Se evalúan los dos primeros minutos observando que únicamente el 18% de los técnicos aumenta la FC por encima de 120lpm, el 80% consigue una reexpansión completa, el 72% una profundidad adecuada. Tras 5min de descanso se realiza 1min más de RCP, observando el 37% de los casos aumenta la FC por encima de 120lpm, el 73% mantiene reexpansión adecuada, 86% profundidad adecuada Tras el estudio los participantes hacen referencia en el 70% de los casos de dolor de muñecas, el 60% de dolor de brazos y el 64% cansancio físico.

CONCLUSIONES:

El personal con experiencia en realización de RCP es capaz de realizar una RCP efectiva durante un tiempo superior a 2 minutos independientemente de su IMC. Realizando únicamente 1min de RCP se observa un ligero aumento de la FC y una disminución en la reexpansión frente a una mejoría en la profundidad con respecto a los 2min de RCP El dolor de brazos y muñecas es determinante a la hora de la continuidad de una RCP de calidad.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-623

POLITRAUMATIZADOS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO:
MOTOCICLETAS

R Martín González, C Lorenzelli Recuero, B Agudo Jara,
R de La Gandara Palacios, C Navarro López-Fando,
L Zubillaga Carmona, B Albaladejo Manquillo

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: motorcycles-traffic-multiple trauma

OBJETIVOS:

Estudiar el perfil epidemiológico de los pacientes politraumatizados graves, por accidente de motocicleta en un SEM.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: Pacientes politraumatizados graves trasladados con preaviso hospitalario, tras un accidente de motocicleta, atendidos por SAMUR-PC, en el año 2016. Variables estudiadas: demográficas y tipología del incidente. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y seguimiento preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

En el año 2016, 99 fueron los preavisos cursados en la ciudad de Madrid, de los cuales, 50% oscilan entre 26 y 40 años, siendo 95% hombres, ya que en mayoría, los conductores de las motocicletas son varones y tan solo el 5% mujeres. La mayor incidencia sucede en otoño (32%), por las condiciones climatológicas que empiezan a suceder, al igual que pasa en invierno (30%) por sus extremos cambios de temperatura y sus drásticos temporales. Un dato muy significativo es en cuanto a las complicaciones que suceden 6/24horas y 7 días tras el accidente, donde las neurológicas adquieren mayor relevancia en estas tres variables siendo el 10% que se quedan como secuelas, debido normalmente al impacto que se produce la cabeza contra el suelo. Por último, la unidad hospitalaria en la que ingresan cuando llegan es casi el 40% en UCI, para su observación constante y vigilada las 24 horas, y después la Unidad de Politraumatismos (27%) por las diferentes fracturas y golpes que le haya podido ocasionar el accidente.

CONCLUSIONES:

Los politraumatizados graves tras accidente de motocicleta tiene alta prevalencia fundamentalmente en varones jóvenes, en meses con condiciones climatológicas adversas y que suponen un tiempo de estancia elevado en cuidados intensivos con alta incidencia de lesiones neurológicas graves.

O-624

EVALUACIÓN DE TRES MODELOS DE INMOVILIZADORES
CERVICALES EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

R Nieto Gómez (1) FM Rojo Aguza (1), F Bosh Sendra (1),
A Mateos Rodríguez (2)

(1) SUMMA 112. Madrid. (2) SUMMA 112. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

PALABRAS CLAVE: servicios médicos de emergencias-inmovilizadores cervicales-traumatismos

OBJETIVOS:

Conocer la aplicación y facilidad de uso de los dispositivos de inmovilización cervical Philadelphia, Necklite y X-Collar.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Observacional prospectivo basado en la recogida de datos. Criterios de inclusión: toda persona atendida por las unidades del SUMMA 112 que tras sufrir un traumatismo requiere de inmovilización y control cervical. Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años tiempo del estudio: del día 1 de diciembre del 2016 al 30 de julio del 2017. Dichos collarines se repartirán en las diferentes unidades UVIs Móviles del SUMMA 112 en tres fases diferenciadas. En cada una de ellas se repartirá en un juego de collarines de un mismo modelo, junto con una hoja de recogida de datos, donde el personal que colabore en el estudio, deberá de marcar los ítems indicados en el mismo, dependiendo de lo observado durante el uso del dispositivo. Las variables cuantitativas se describen usando media y desviación estándar y se comparan mediante el método de chi cuadrado. Las variables cualitativas se describen mediante medidas de dispersión y se comparan con u de mann whitney. Se usa el paquete estadístico spss 15.0.

RESULTADOS:

Estudio en fase de recogida de datos. Hasta el momento actual se han recogido 25 casos del primer tipo de collarín y se esta comenzando con la recogida del segundo tipo de collarín. Se espera que la fecha final de recogida de datos sea 1 de Junio de 2017.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-627

SAMUR-PC: EL SANITARIO VOLUNTARIO

C Navarro López-Fando, LL Zubillaga Carmona, C Feital García,
AA Zubillaga Carmona, S González Rodríguez,
B Albaladejo Manquillo, B Navarro López-Fando

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: volunteers-emergency medical services-ambulancias

OBJETIVOS:

Conocer el perfil del voluntario y su labor asistencial sanitaria en servicios programados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población de estudio: personal voluntario adscrito a SAMUR-PC a fecha de 2016. Variables analizadas: demográficas, tipología de los servicios programados de cobertura sanitaria por personal voluntario, formación académica del personal voluntario. La recogida de datos se obtuvo de los archivos de la jefatura de protección civil.

RESULTADOS:

Están adscritos a SAMUR-P.C 1420 voluntarios, del cual 56,3%(800) son de sexo masculino y un 58,8%(835) con cualificación académica para realizar transporte sanitario. Se observa un cambio significativo en los nuevos voluntarios, con un aumento del perfil de mujeres (58,13%) jóvenes < 30 años (42,9%). La cobertura de servicios asistenciales por PC fueron eventos deportivos con un 18,6%(320), exhibiciones, fiestas y desfiles 16,9% (290) y los eventos musicales 12,9%(221) con distritos de Moncloa (19,4%) y Centro (18,3%) con mayor demanda siendo cubiertos por soporte vital básico 66,7%(1148), soporte vital avanzado 16,4%(284), unidad de primera respuesta (UPR) 40,9%(704) y puesto médico avanzado en el 6,4% (110). Hay que tener en cuenta que hay en servicios que se asigna más de una unidad para su cobertura según la magnitud del evento. La gestión para la cobertura de los servicios requirió organizativamente de 379 personas, con un total de 11593 horas en el año, cubriéndose por 10 personas el 18% de esta demanda. Se cubrieron 2164 servicios, precisando de 10964 voluntarios, que invirtieron 11420 horas, El 20,5%(443) fueron anulados.

CONCLUSIONES:

El perfil actual del voluntario es varón de edad media, pero existe un aumento significativo en los nuevos voluntarios de mujeres jóvenes. Con la nueva legislación, aparece diferencia de certificación académica ocasionando repunte en la cobertura de servicios con UPR. Queda demostrado el papel fundamental del voluntario, con su gran implicación y compromiso.

O-630

PERFIL DOCENTE EN LA FORMACIÓN A BOMBEROS DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

V Fernández de Córdo González, F Monforte Escobar,
JD Pasalodos Sanguino, A Tapia Lobo, MA Martínez Vázquez,
M Marcos Alonso

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: bomberos-primer respondiente-formación

OBJETIVOS:

Describir el perfil del docente que ha formado a los Bomberos del Ayuntamiento de Madrid durante el año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal del perfil profesional del docente, utilizando datos existentes en Registro de Recursos Humanos de SAMUR-PC Variables: N° total docentes. Categoría profesional docente. Situación laboral del docente en Ayuntamiento de Madrid.

RESULTADOS:

N.º de formadores total: 108. Médicos: 6 (5,56%), Enfermeros: 29 (26,86%), TES/TATS: 53 (49,07%), Certificado de Transporte Sanitario: 4 (3,70%), Formación de Nuevo Ingreso Protección Civil: 16 (14,81%), Voluntarios Protección Civil: 47 (43,52%), Funcionarios SAMUR: 61 (56,48%), Total de Horas Formación: 4153, Horas realizadas Voluntarios Protección Civil: 2096 (50,47%), Horas realizadas Funcionarios SAMUR: 2057 (49,53%), Horas Teoría total: 1036, Horas Teóricas Protección Civil: 259 (25%), Horas Teóricas SAMUR: 777 (75%), Horas Prácticas Total: 3117, Horas Prácticas Protección Civil: 1867 (59,90%), Horas Prácticas SAMUR: 1250 (40,10%).

CONCLUSIONES:

El perfil mayoritario ha sido un Técnico de Emergencias Sanitarias (TES) (49,07%), no existiendo gran diferencia entre TES de Protección Civil (43,52%) y TES de SAMUR (56,48%). El 50,93% se divide en el resto de categorías profesionales, existiendo así componentes que crean un equipo multidisciplinar, que complementa la formación. No existe una diferencia importante entre las horas de formación totales realizadas entre personal voluntario de Protección Civil (50,47%) y Funcionario de SAMUR (49,53%). El grueso de las horas de teoría las ha impartido personal SAMUR (75%), siendo las horas de prácticas donde el personal de Protección Civil ha tenido más presencia (59,90%).



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-631

EFFECTIVIDAD DE LA UNIDAD CICLISTA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL EN EL PREVENTIVO DE NAVIDAD DE LA ZONA CENTRO DE MADRID**P García García, J Jiménez López, R Brea García, E Mayo Sarabia***SAMUR-Protección Civil. Madrid***PALABRAS CLAVE:** pedestrians-triage-first aid**OBJETIVOS:**

Analizar la tipología de los incidentes sanitarios atendidos por la Unidad Ciclista en el Preventivo de Navidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los incidentes sanitarios atendidos por la Unidad Ciclista, durante el periodo del 2 de diciembre de 2016 a 8 de enero de 2017. Variables analizadas: demográficas, tipología incidente, variabilidad temporal, tiempos respuesta y atención, forma resolución aviso, distancias aviso. Datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas.

RESULTADOS:

Duración preventivo Navidad: 38 días. Presencia Unidad Ciclista en el preventivo: 29 días. Avisos totales: 148. Media diaria: 5 avisos. Tipología avisos: traumático (34%), cardiaco (23%), otros (20%), músculo- esquelético (8%), psiquiátrico (6%), neurológico (3%), digestivo (3%), agentes físicos (1%), intoxicaciones (2%), respiratorio (0%). Forma resolución aviso: in situ (67%), solicitud soporte vital básico (22%), solicitud soporte vital avanzado (11%). Distancia media a avisos (metros): de 0 a 400 (60%), de 500 a 700 (33%), más de 800 (7%). Variabilidad temporal de los avisos: Mañanas ((31%), antes de las 14 horas). Tardes (69%): de 14 a 16 horas (12%), de 16 a 18 horas (15%), de 18 a 20 horas (26%), a partir de las 20 horas (16%). Duración asistencia sanitaria (minutos): menos de 5 min (12%), 5 min a 10 min (7%), 10 min a 15 min (10%), 15 min a 20 min (12%), 20 min a 25 min (13%), 25 min a 30 min (13%), 30 min a 35 min (9%), más de 35 min (26%). Tiempo llegada al aviso (minutos): 1 min (43%), 2 min (7%), 3 min (10%), 4 min (7%), 5 min (8%), más de 5 min (26%).

CONCLUSIONES:

La Unidad Ciclista, en zonas peatonales del Centro de Madrid demuestra una alta eficacia en la atención sanitaria en épocas de máxima afluencia debido a su agilidad y bajo tiempo de respuesta junto a una alta tasa de resolución de avisos in situ.

O-634

DETECCIÓN DEL TRAUMA SUBSIDIARIO DE SOPORTE VITAL AVANZADO POR PARTE DE UN TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO**F Monforte Escobar, V Fernández de Córdo González,****JD Pasalodos Sanguino, J Guerrero Melle***SAMUR-Protección Civil. Madrid***PALABRAS CLAVE:** trauma-emergency medical technician-basic life support**OBJETIVOS:**

Demostrar que el TES de SAMUR-PC es capaz de reconocer precozmente aquellos pacientes traumáticos subsidiarios de SVA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de avisos de patología traumática en el año 2016 atendidos por SVB y SVA, excluidos servicios preventivos, con hora de activación de USVA posterior a la hora de llegada de la USVB. Variables: Alta por parte de USVA/alta voluntaria, USVA deriva a USVB para traslado, traslada USVA sin/con preaviso. Hora de llegada de USVB y activación de USVA. Procesamiento de datos con Oracle y Excel.

RESULTADOS:

En 2016 SAMUR-PC intervino en 31844 avisos por patología traumática. En 23413 intervino al menos una USVB. En 23240 la USVB fue el único tipo de recurso activado inicialmente. En 1204 la USVB solicitó apoyo de USVA. Una vez realizada la valoración por la USVA, el aviso finalizó con alta médica/voluntaria en 46, traslado al hospital en USVB en 353, y traslado al hospital en USVA en 805, con preaviso en 80. Mediana de diferencia de tiempo entre la hora de llegada de USVB y hora de activación de USVA: 00:08:30. Percentil 0.25: 0:04:27. Percentil 0.75 0:14:18. Rango intercuartílico 0:09:51.

CONCLUSIONES:

Los TES de las USVB son capaces de detectar el trauma susceptible de USVA con bastante fiabilidad y con cierta precocidad según los registros de tiempos. De las 1204 solicitudes de USVA, la actuación finaliza con al menos un traslado en USVA en 805 (66.86%), 80 de los cuales con preaviso. Los TES de la central de comunicaciones realizan un gran trabajo asignando los recursos apropiados: de 23240 avisos asignados inicialmente a un USVB, las USVB únicamente solicitan apoyo de USVA en 1204 (5,18%).



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-636

GESTIÓN DE RECURSOS Y ANÁLISIS DE DEMANDAS
DE ASISTENCIA EN UNA CENTRAL DE COMUNICACIONES
DE EMERGENCIAS SANITARIAS

M Cirilo Lozano

Ayuntamiento de Madrid. SAMUR-Protección Civil

PALABRAS CLAVE: asistencia-gestión-calidad

OBJETIVOS:

Analizar la gestión de demanda asistencial en la Central de Comunicaciones de SAMUR-PC e identificar aspectos que mejoraron la calidad asistencial proporcionada al ciudadano.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo del total de avisos generados en la Central de Comunicaciones de SAMUR-PC, durante el año 2016. Variables analizadas: perfil total de avisos, avisos no asignados y suspendidos en ruta.

RESULTADOS:

Gestiones que garantizan un mayor nivel operativo de las unidades: 7.324 recursos suspendidos en ruta, 4.992 en base al análisis de la demanda y 2.332 colaboraciones entre agencias y ciudadanía de los cuales: 191 coordinados con SUMMA, 148 suspende 080, 832 suspende 092, 845 suspende 091, 316 suspende M-112. 7.289 de estos recursos fueron asistenciales, de los cuales se destacan: 1.567 USVA., 4.232 USVB, 263 UVIR. 411 demandas no precisaron asignar recurso sanitario: 388 en base al análisis de la demanda y 23 en base a su seguimiento y coordinación con SUMMA. Estas demandas se ubicaban en los distintos distritos municipales de la ciudad de Madrid, de los cuales se destacan: Centro:49, Salamanca:31, Latina:26, Moncloa:24. Gestiones que proporcionan un mejor tiempo de respuesta: 4.678 recursos suspendidos en ruta por quedar disponible uno más cercano. 4.670 de estos recursos fueron asistenciales, de los cuales se destacan: 1.275 USVA, 2.717 USVB y 180 UVIR. Del total de gestiones que garantizaron un mayor nivel operativo de las unidades, un 72,32% se fundamentan en el análisis y seguimiento de la demanda. Del total de avisos suspendidos en ruta, el 99,65% corresponde a recursos asistenciales.

CONCLUSIONES:

El análisis, investigación y seguimiento de las demandas de asistencia así como el control continuo de los recursos de emergencias sanitarias, redundan en una mayor calidad del servicio prestado al ciudadano.

O-640

LA MORTALIDAD POR INCENDIOS EN UNA GRAN CIUDAD:
MADRIDJ Guerrero Melle (1), C Fernández Candelas (2), S Justo Morato (1),
F Monforte Escobar (1), J Arenillas Torquemada (1),
D González Rodríguez (1), JJ Giménez Mediavilla (1)(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Cuerpo de Bomberos.
Ayuntamiento de Madrid

PALABRAS CLAVE: incendios-mortalidad-servicios médicos de urgencia

OBJETIVOS:

Estudiar la mortalidad prehospitalaria por incendios en la Ciudad de Madrid atendidos por un servicio de emergencias médicas (SEM).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos en incendios con pronóstico de gravedad (PCR recuperada, Síndrome de Inhalación de Humos -SIH-, gran quemado, politrauma y cualquier otro trasladado con preaviso) o fallecimiento por un SEM prehospitalario en la ciudad de Madrid durante el año 2016. Variables estudiadas: demográficas, clínicas, y relativas a la tipología y operativa de la intervención. Los datos se obtuvieron de la historia clínica.

RESULTADOS:

Se analizaron 1782 intervenciones, de las cuales en un 42,49% hubo algún herido, fundamentalmente en el turno de tarde (45,2%). Del total de intervenciones, en 18 (1%) se atendieron a 23 pacientes graves (16) o fallecidos (7), siendo fundamentalmente varón (66%), con una edad media de 39 años (DE 24). El tiempo medio de llegada a estos 18 siniestros de la primera unidad sanitaria fue de 7,08 minutos, y en un 21% existía confirmación de heridos en el momento de la activación. En los pacientes graves, el 62,5% está motivado por SIH, el 25% por grandes quemados, y el 12,5% debido a PCR recuperada o politrauma. Encontramos una significación estadística de $p = 0,030$ en la relación entre las lesiones de los pacientes y su pronóstico de gravedad. El perfil del paciente fallecido es un varón de edad media de 44 años (DE 24,5) al que se le practica RCP infructuosa en turno de tarde.

CONCLUSIONES:

En un pequeño número de incendios se producen heridos graves o fallecidos (1%), siendo aun así excelente el tiempo de llegada del SEM a estos siniestros, y no teniendo generalmente confirmación de heridos en la activación. El perfil de los heridos graves y de los fallecidos es muy disperso en lo que a las variables demográficas se refiere, no constando además ningún fallecido en turno de noche durante 2016 por esta causa.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-641

ACCIDENTES DE TRÁFICO GRAVES: CORRELACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN INICIAL DE UN SVB Y EL DIAGNÓSTICO FINAL DEL PACIENTE

A Prieto Sánchez, F Aguilar Fernández, R Aparicio Caselles,
S Esteban Pastor, JA Del Moral Jiménez, MA Martínez Vázquez,
M Arévalo de Pablos

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: accidente de tráfico-técnico en emergencias-estimación inicial

OBJETIVOS:

Comparar la información aportada por el SVB a su llegada al aviso y el diagnóstico realizado en el centro hospitalario en seguimiento posterior.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio analítico y observacional de los accidentes de tráfico ocurridos en la ciudad de Madrid en la ciudad de Madrid entre los accidentes de tráfico graves (trasladados con preaviso al centro hospitalario) entre la información de la primera unidad en llegar (sólo si se trata de una unidad formada exclusivamente por TES) y el diagnóstico del hospital receptor. Sesgos: Implementación de la herramienta de información en la base de datos del Centro coordinador en 2016.

RESULTADOS:

En el año 2016 ocurrieron 16222 AT, de ellos 260 pacientes fueron graves y en 78 casos la primera valoración se realizó por un TES. De estos 78 pacientes en 29 casos no ha quedado registrada la información del SVB por la reciente implementación de la herramienta en el servicio. Analizamos los 49 AT con información registrada, se obtienen 49 casos, 93,88% la información coincide total (T1) o parcialmente (PC), T1: 42,86%, 21 casos. PC: 51,02%, 25 casos, con las lesiones que se objetivan con medios de diagnóstico en el hospital, tras los seguimientos de la evolución del paciente. La información es incorrecta (II) en el 6,12%, 3 casos.

CONCLUSIONES:

El modelo de gestión, en doble escalón, la activación de recursos por los criterios de proximidad y calidad, favorece una valoración y atención del paciente de forma temprana, con medidas de Soporte Vital en la "hora de oro", incluyendo una adecuada movilización e inmovilización. Destacamos la poca significación de los sucesos donde la información del TES de SAMUR- Protección Civil no coincide con el diagnóstico hospitalario, e incidimos en la formación como herramienta para su mejora. Además de la importancia de solicitud de apoyos de manera temprana tras la estimación inicial de gravedad del paciente. La herramienta de gestión de información del programa de la Central de Comunicaciones, deberá ser protocolizada y normalizada, cumplimentada por los TES.

O-642

POLITRAUMA. CÓDIGO 15

B Albaladejo Manquillo, L Zubillaga Carmona, C Navarro López-Fando,
R Martín González

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: polytrauma-accident-emergency

OBJETIVOS:

Analizar el perfil epidemiológico del paciente politraumatizado grave atendido por un SEM prehospitalario, en la Ciudad de Madrid.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes politraumatizados graves atendido por un SEM prehospitalario y trasladados a hospital con preaviso en el año 2016. Se analizaron variables demográficas, tipología de incidente y variables clínicas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y seguimiento del preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

n = 325. El 45,23% de los preavisos oscilan entre 21-40 años, siendo el 77,84% hombres y 21,84% mujeres. Los casos más frecuentes son: atropellos 22,15%, accidentes de motocicleta 18,46%, precipitados 17,23%, arma blanca 9,84%, caídas 8,3%, accidente de coche 7,07% y accidente de bicicleta 3,69%, los cuales el 76,92% de los pacientes requirieron collarín, el 8,61% colchón de vacío y el 69,23% camilla cuchara. La mayor incidencia sucede en los meses de verano (34,44%) y en el turno de tarde 22,15% ya que son meses en el que la afluencia de gente es mayor en la Ciudad de Madrid. Un dato muy significativo es en cuanto a las complicaciones que suceden 6h de traumatismo siendo cardiovasculares: 12%, fallo multiorgánico: 3,07%, nefrología: 0,3%, neurología: 14,76%, respiratoria: 4% y ninguna complicación: 65,84%. Observando que a las 24 h, las complicaciones van remitiendo: cardiovasculares 5,84%, fallo multiorgánico: 1,53%, nefrología: 0,92%, neurología: 14,15%, respiratoria: 2,46% y ninguna complicación: 75,07%, en el que el 7,07% de los pacientes fueron dados de alta a las 24h y el 91,07% seguían ingresados, el 8,3% de los pacientes necesitaron masaje cardiaco de los cuales el 1,84% fallecieron.

CONCLUSIONES:

Hay una mayor incidencia de politraumatismos en hombres que en mujeres a una edad mediana, debido a que es una edad que más actividad se tiene, siendo la mayoría trasladados al hospital en estado grave aunque a las 24 h dichos pacientes evolucionan favorablemente.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-643

CONOCIMIENTOS BASE Y SIMULACIÓN DE HABILIDADES PRÁCTICAS Y DE ACTUACIÓN DE LA POBLACIÓN LEGA ANTE EMERGENCIAS SANITARIAS Y DE EXTINCIÓN

D González Rodríguez (1), C Fernández Candelas (2), MC Castillo Ruiz de Apodaca (1), JJ Giménez Mediavilla (1), R Tofiño Pajares (1), J Guerrero Melle (1), P Sobrino Llamas (1)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Cuerpo de Bomberos. Ayuntamiento de Madrid

PALABRAS CLAVE: paro cardíaco extrahospitalario-obstrucción de las vías aéreas-incendios

OBJETIVOS:

Estudiar correlación entre la capacidad del ciudadano para actuar correctamente en situaciones de urgencias y conocimientos y formación personal.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes prospectivo, mediante encuestas a ciudadanos, accediendo a participar de forma voluntaria. Variables de estudio: demográficas, formación sanitaria, actuación ante situaciones de emergencia. Variables resultado: capacidad subjetiva para actuar ante una emergencia, valoración por expertos de habilidades en práctica con maniquí. Datos tratados con SPSS y EXCEL, tomando aquellos estadísticamente significativos.

RESULTADOS:

Realizamos 141 encuestas (75 mujeres, media edad 43 años y 66 hombres con media 47). 70,2% tiene estudios superiores, 23,4% bachiller y 6,3% educación básica. 9,8% son profesores y 5,6% estudiantes. 74 (52,4%) había recibido cursos de primeros auxilios hace una media de 6 años (75% profesores, hace 3). 62 indican saber reaccionar ante una emergencia (43,9%), pero sólo 43 (30,4%) se han enfrentado a una. De éstos, 6 correctamente, aunque 16 más lo hubieran realizado bien si hubieran contado con apoyo telefónico. RCP: 37 (26,24%). Sólo 3 correctamente. Si cuentan con apoyo similar a RCP transtelefónica, subimos a 35 (24,82% del total). Profesores 7 (25%), bien 2, con ayuda 5. DESA: 11 (7,80%). Sólo 2 correctamente (1,41% del total entrevistados). Con ayuda 8 más (7,09%). Profesores 3 (10,71%), bien 1, con ayuda 2. OVACE: 49 (34,75%), sólo 10 correctamente, 34 mejorarían con ayuda (31,20%). Profesores 11 (39,38%), bien 3, con ayuda 6. Incendio: 84 (59,57%), 17 correctamente, 49 más con ayuda (46,80%). Profesores 21 (75%), bien 3, con ayuda 15. Uso extintor: 64 (45,39%) 46 correctamente. 15 más con ayuda (43,26%). Profesores 11 (39,28%), bien 8, con ayuda 3.

CONCLUSIONES:

Población lego se enfrenta más fácilmente a incendio y al uso de extintor que a una emergencia sanitaria. Probablemente porque hay más información, formación (cursos empresa) y accesibilidad. Si servicios de emergencias apoyan con instrucciones telefónicas, aumentamos la calidad de la intervención. Especialmente bajos y alarmantes los resultados de conocimiento del DESA.

O-644

AMBULANCIA DESDE CERO

M R G (1), JL Perez Sánchez (1), F Ruiz González (1), C León Martín (1), J Bosque Toribio (1), O Allas Martín (2)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Centro Enseñanza FP II Automoción

PALABRAS CLAVE: riesgos-evolución-accesibilidad

OBJETIVOS:

Analizar los accidentes laborales acaecidos en el personal sanitario, que trabaja en un SEM, asociados directamente al diseño de la ambulancia y material sanitario contenido en ella. Diseñar una nueva ambulancia, concebida como vehículo sanitario que minimice los riesgos de lesiones del personal sanitario, siguiendo criterios de ergonómicos y ecológicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Nuevo proyecto de estudio prospectivo mediante diseño de una nueva ambulancia. Población de estudio: trabajadores de un SEM prehospitalario que sufren accidentes laborales a consecuencia del diseño del habitáculo asistencial ambulancia y material asistencial, durante los años 2010-2015, en la ciudad de Madrid. Variables estudiadas: demográficas, tipología de los accidentes laborales asociados a la ambulancia. Los datos se han recogido de la base de datos de riesgos laborales.

RESULTADOS:

De un total de 1348 accidentes laborales recogidos, 486 están asociados directa o indirectamente con la ambulancia y el material sanitario en ella contenido. La relación en cuanto a sexo en la muestra es, 1 mujer por cada 3,67 hombres. La categoría laboral más afectada son los Técnicos en Emergencias Médicas. El 79,6% son hombres, el 73,2% la lesión es en el TEM, causan baja el 66% del total y la ambulancia con sus materiales son el agente que produce el 71% de las lesiones.

CONCLUSIONES:

Se hace necesaria una buena realización de registro en la recogida de datos para determinar concretamente las acciones correctoras a tomar. De ello se deduce que el objetivo propuesto en esta presentación, tiene avalada su razón de ser. Se está investigando en como tendría que ser el modelo ideal de ambulancia, basada en los datos que moldean el posible nuevo concepto Ad Hoc.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-648

COLLARÍN CERVICAL EN EL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE:
USO O ABUSO

R Ariza Pascual, MC Barneto Valero, F García Ortega,
C Rodríguez Criado, MT Fernández Neira, M Acosta Benito

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: prehospital care-collar-spine

OBJETIVOS:

Evaluar la indicación de collarín cervical en politraumatizado en base a la correlación de lesiones vertebrales y medulares entre un servicio de emergencias prehospitalario y el centro hospitalario de transferencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Población de estudio: muestra de selección aleatoria de casos de pacientes politraumatizados por mecanismo contuso de alto impacto atendidos por un servicio de emergencia prehospitalario en la ciudad de Madrid, entre los años 2010 y 2016. Variable resultado: lesiones vertebrales o medulares tras confirmación de pruebas complementarias hospitalarias. Variables de estudio: demográficas, tipología del incidente. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y el seguimiento del preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

Se analizó una muestra de selección aleatoria de 250 casos, siendo el 74,5% varones, con edad media 41,6 (DE 22,6) años. El atropello (24,6%), seguido de los accidentes de turismo y moto (10,5%), en igual proporción, es el mecanismo lesional mayoritario. De los 250 casos, sólo se detectó lesión vertebral prehospitalaria (1,5%) confirmando hasta 15,3% en el hospital y lesiones medulares prehospitalarias (1,5%) confirmadas hasta 3,1% por el hospital, no observándose correlación significativa entre ambos servicios y tipo de lesiones. Observamos correlación estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre lesiones craneales prehospitalarias (71%) y hospitalarias (72,1%) y focalidad neurológica ($p = 0,009$) prehospitalaria (8,9%) y hospitalaria (14,1%). Las lesiones vertebrales confirmadas por el hospital se relacionan de forma significativa ($p = 0,039$) con el mecanismo lesional de precipitado.

CONCLUSIONES:

Es necesario establecer la indicación de uso del collarín cervical al perfil del paciente politraumatizado que más se pueda beneficiar de la inmovilización cervical en base a la escasa incidencia de lesiones vértebro-medulares que asocia y cada vez más descritas complicaciones cerebrales y lesiones iatrogénicas derivadas de su uso.

O-649

EL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS: LA CONSOLIDACIÓN
DE UNA NUEVA PROFESIÓN

EJ Simoes da Silva Pereira, FJ Garcés Garcés, SC Simoes da Silva
Pereira, J Serrano Simonneau

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: técnicos-medios en salud-servicios médicos de urgencia-registros médicos

OBJETIVOS:

Describir el perfil del trabajo del TES hace 10 años, y en la actualidad, dentro del SAMUR-PC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Observacional descriptivo. Avisos anuales realizados por equipo multidisciplinar (médico, enfermero y 4 TES) en Unidades de Soporte Vital Avanzado y Soporte Vital Básico, turno de tarde/noche (15:00 a 08:00 horas). Años: 2006 y 2016. Lugar: Ciudad de Madrid. Variables: número avisos, ubicación espacio-temporal, demandante, tiempos intervención, pacientes, patologías y destino.

RESULTADOS:

Avisos analizados: 1185 (2006) y 1466 (2016), observamos un incremento del 24%. Media de 13 y 15 avisos por guardia respectivamente (2006 y 2016). Duración media de aviso: 44 minutos 43 segundos en 2016, 8 minutos 23 segundos más que en 2006. El 112 continúa siendo mayor demandante, con más de la mitad de los avisos, y el distrito Centro el lugar preferente de actuación (18% avisos). Con cambio estacional: de otoño (2006) a primavera (2016), donde se concentran 4 de cada 10 avisos. La mitad de ellos se mantienen en los fines de semana (viernes-sábado-domingo), y crecieron un 8% en horario de 15:00 a 23:00 horas, llegando al 62% (905/1466) avisos en 2016. Pacientes atendidos: 937 (2006) y 1123 (2016), donde apreciamos un aumento del 17%. Aproximadamente atendemos 8 pacientes en cada 10 avisos, dedicándoles una mediana de 24 minutos y 3 segundos (IQR: 12:19-31:14) por paciente en 2006, frente a 30 minutos y 31 segundos (IQR: 19:25-38:45) en 2016. Patologías valoradas: se mantienen como 1ª caídas-heridas (alrededor del 20% pacientes) y 2ª accidentes de tráfico (15% pacientes), creciendo un 5% las enfermedades cardiovasculares, llegando al 15% (171/1123) pacientes en 2016. Se incrementan los traslados a hospital: 56% (627/1123) pacientes en 2016, frente al 27% (254/937) en 2006.

CONCLUSIONES:

El crecimiento en la demanda de asistencia sanitaria extrahospitalaria por parte de la sociedad, ha producido un aumento del número de pacientes atendidos, a los que se les dedica más tiempo, y sobre todo se incrementa su acceso a una valoración facultativa especializada, duplicándose el traslado a hospital.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-650

APERTURA DE PUERTA: ¿QUÉ NOS PODEMOS ENCONTRAR?

S Esteban Pastor, J Gajate Cano, A Prieto Sánchez,
JA del Moral Jiménez, R Losada Loriga

SAMUR-Protección Civil. Ciudad de Madrid

PALABRAS CLAVE: ambulancia-servicios de atención de salud a domicilio-servicios médicos de urgencia

OBJETIVOS:

Clasificar la resolución de los avisos de apertura de puerta realizados por las unidades de Soporte Vital Básico de SAMUR-Protección Civil entre 2011-2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los avisos codificados inicialmente como apertura de puerta entre los años 2011 y 2016 de las unidades de Soporte Vital Básico.

RESULTADOS:

Muestra: 4793 Avisos entre los años 2011-2016 con apertura de puerta, descartando los no codificados por errores de codificación tenemos un total de 4334. Durante 2011 ? 724 avisos (0,55%), 2012 ? 802 (0,64%), 2013 ? 722 (0,57%), 2014 ? 758 (0,58%), 2015 - 453 (0,34%) y 2016 ? 875 (0,66%). Las patologías más frecuentes son: Traumatológica con gran diferencia 45,10%, Cardiológica 7,70%, Exitus 6,98%, Trastornos psiquiátricos 6,54%, Alteraciones Neurológicas 5,45%, Problemas musculoesqueléticos 5,45%, Rechaza Asistencia 5,01%, Intoxicaciones de distinta índole 2,24%, Endocrinometabólico 1,76%, Respiratorio 1,36%, Digestivo 0,08%... Los avisos más frecuentes son las Contusiones 31,74%, Problema Social 10,75%, el Exitus 6,09%, Dolor musculoesquelético 5,45%, Crisis de Ansiedad 3,69%, Fractura de cadera 3,57%, policontusionados 1,96%, PCR 1,80%, alteraciones endocrinometabólicas 1,76%... Se anula la activación en 1916 casos (44,20%) de los 4334. Siendo en ruta el 12,75%, por no haber heridos el 12,69%, por ser un problema social 6,18%, Exitus 3,50%, por rechazar asistencia un 2,88%, por no haber paciente 2,33%, por no haber suceso, 1,77%, hacerse cargo otra institución 0,36%.

CONCLUSIONES:

Tenemos un importante porcentaje del 44,20% de avisos anulados o sin actuación, los cuales son anulados ?en ruta? en un 12,75% o no hay heridos en un 12,69%. Predomina la asistencia sanitaria un 77,24%, frente al problema social detrás de las puertas que asciende a un 10,75% requiriendo colaboración con otras instituciones. Destaca la patología traumática con un 45,10% sobre cualquier otra. Siendo trauma menor el 88,98% (contusiones, rasguños?) y trauma mayor el 11,01% (TCE?).

O-658

PACIENTE HERIDO. ENVÍEN SOPORTE VITAL BÁSICO

S González Rodríguez, AA Zubillaga Carmona, C Navarro López-Fando,
T González Vila, LL Zubillaga Carmona, D González Rodríguez,
MC Castillo Ruiz de Apodaca

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: código-heridas-población

OBJETIVOS:

Analizar el perfil epidemiológico de los traumatismos categorizados como heridas y agresiones atendidos por USVB en un servicio de emergencias prehospitalario (SEMp).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población: pacientes atendidos con patología de heridas y agresiones por USVB en un SEMp en la ciudad de Madrid en el año 2016. Variables analizadas: demográficas, tipología y distribución temporal de los incidentes. Los datos se obtuvieron de la historia clínica.

RESULTADOS:

Se realizan en 2016, 23074 avisos de los cuales el 1,25% (1835) son producidos por heridas y el 6,07% (3800) por agresiones. El perfil del incidente de heridas: se produce por la tarde con el 42,89% (787) siendo el pico entre las 19 y 21h con el 12,8% (340) de los avisos. Día de semana: son el sábado y el domingo teniendo un 35,42% (650) de los avisos. Se producen lesiones de cabeza (4,2%), rodilla (11,1%) y traumáticas (64,5%) y oculares. El perfil del incidente de agresiones: se produce por la noche con el 40,78% (1550) siendo el pico entre las 4 y 5 de la mañana con el 12,5% (476). Día de la semana: son el sábado y el domingo teniendo el 43% (1635) de los avisos. Se producen contusiones (65,1%) y traumatismos craneales (9%), faciales (5%).

CONCLUSIONES:

Los índices de heridas mas elevados ocurre en los fines de semana en turno de tarde y noche. Viendo que en las heridas son mas lesiones traumáticas y rodilla y en agresiones se observa que predomina las contusiones y traumatismos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-604

GEOLOCALIZACIÓN DE URGENCIAS SANITARIAS ATENDIDAS
POR LA UNIDAD LINCE DE SAMUR-PC EN LA ZONA CENTRO
DE MADRID

R Santirso Fernández, LJ García Bautista, O Allas Martín

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: atención prehospitalaria-urgencias-asistencia**OBJETIVOS:**

Detectar, mediante la elaboración de un mapa, la geolocalización en las zonas del centro de Madrid en las que se demanda asistencia sanitaria urgente y son de difícil acceso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Ámbito: Servicio de Emergencias extrahospitalarias que desarrolla su actividad en vía pública Madrid. Periodo: 2011-2017. Número de incidentes atendidos por la Unidad Lince en zona centro Madrid. Variables: demográficas, tipología incidente, variabilidad temporal. Datos obtenidos de historias clínicas. Estadística: medidas posición y frecuencias.

RESULTADOS:

Número de avisos 356. 244 (68.54%) en zonas peatonales, 112 (31.46%) en zonas abiertas al tráfico a motor. 185 avisos (51.95%) tuvieron lugar en La Puerta del Sol y las calles que confluyen en ésta (zona comercial con elevada aglomeración). De éstos, 138 (74,59%) fueron en zonas peatonales. Distribución temporal: mayor incidencia de avisos en turno de tarde y en fin de semana. Tiempo medio respuesta: 5.78 minutos (DE 5.83).

CONCLUSIONES:

Dos terceras partes de los avisos atendidos por la Unidad Lince en el centro de Madrid son en zona peatonal, y más de la mitad se desarrollan en zona de gran importancia comercial y elevada afluencia, donde las ambulancias encuentran dificultad para acceder al paciente, mientras que las bicicletas sanitizadas logran una primera asistencia en un tiempo medio óptimo. El tiempo de respuesta es vital, por lo que tener datos estadísticos previos sobre la geolocalización de los avisos, es de gran ayuda a la hora de conocer el punto de partida más apropiado para optimizar la cobertura de la atención urgente sanitaria por parte de este recurso, rápido, eficaz y ecológico.

P-605

FIESTA DEL MADO (MADRID ORGULLOSO) EN LA CIUDAD
DE MADRID: RETO PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIASLL Zubillaga Carmona, C Navarro López-Fando, AA Zubillaga Carmona,
C Feital García, B Albaladejo Manquillo, B Navarro López-Fando,
JJ Giménez Mediavilla

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergency medical services-homosexuality-ambulance**OBJETIVOS:**

Analizar la tipología de incidentes sanitarios atendidos por un servicio de emergencias médicas (SEM) prehospitalario, en la ciudad de Madrid.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos durante el servicio especial sanitario de las fiestas del MADO, en la ciudad de Madrid, en los años 2013-2016. Variables analizadas: demográficas y tipología de los incidentes sanitarios. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

RESULTADOS:

Analizamos 579 intervenciones, las cuales demandaron atención sanitaria 31.95% (185) por caídas/heridas, 22% (128) por consumo de tóxicos, 14.16% (82) por mareo, 11.58% (67) por agresión y 5.52% (32) por crisis de ansiedad. Tras una primera valoración, el 45.3% (262) resultaron pacientes traumáticos, 22.45% (130) presentaban intoxicación por drogas o alcohol, y 13.12% (76) patología psicosomática. En los pacientes traumáticos destacan como patología en 74.8% (125) contusiones menores, en 28.3% (74) heridas, y 8.4% (22) esguince. El 87.2% (505) de los pacientes fue atendido por voluntarios, el 55.1% (319) por unidad de soporte vital básico (SVB) y 32.64% (189) en puesto sanitario avanzado (PSA). El 84.45% (489) durante el turno de noche. Se trasladó a hospital al 21.95% (127) y se precisó en un 16.34% (95) transferencia entre distintos recursos. De los 543 pacientes filiados el 51.82% (300) fueron mujeres, predomina la franja 18-30 años con 63.7% (346) de los pacientes, destaca que un 9.94% (54) eran menores de edad. La edad del paciente más joven fue 12 años, mientras que el más mayor 85 años, ambos varones.

CONCLUSIONES:

El perfil del paciente atendido en este servicio es el de un varón joven, con patología traumática, con un consumo concomitante de drogas de abuso. La atención sanitaria es gestionada principalmente por voluntarios y el PSA permite la resolución de un alto volumen de asistencia, evitando la saturación de la red hospitalaria.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-606

FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS ANTE UN INCIDENTE CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS

R López Amat, M Pascual Fuster

*Institut Escola Municipal del Treball de Granollers. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** formación-TES-IMV**OBJETIVOS:**

Con la realización de este ejercicio nos planteamos los siguientes objetivos: • Valorar la capacidad de respuesta, coordinación, atención asistencial de los estudiantes y la capacidad de poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante el curso. • Valorar la capacidad de selección, organización, priorización y liderazgo según el protocolo IMV. • Mejorar la eficacia y la eficiencia durante la coordinación entre los alumnos y los diferentes profesionales intervinientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La metodología docente utilizada se basa en la reproducción de un entorno realista en emergencias, dinámico y en ocasiones inseguro, que permite facilitar la toma de decisiones para mejorar la calidad y la seguridad en la asistencia de los pacientes.

RESULTADOS:

Posteriormente el ejercicio realizamos una evaluación grupal, junto con los cuerpos de emergencia intervinientes, de los objetivos alcanzados.

CONCLUSIONES:

La formación práctica resulta una metodología imprescindible y útil en los futuros técnicos de emergencia, que es valorada muy positivamente por todos los intervinientes.

P-607

EL PERFIL EDUCATIVO DE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO

P Navarro Moya (1), M González Carrasco (2), E Villar Hoz (3)

*(1) UdG. Universitat de Girona. (2) Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona. (3) Departament de Psicologia. Universitat de Girona***PALABRAS CLAVE:** perfil educativo-transporte sanitario urgente-transporte sanitario no urgente**OBJETIVOS:**

Identificar el nivel de formación requerido para realizar las tareas en el TSU y TSNU en distintos países.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis de contenido de documentos de diversa índole, como respuestas de correo electrónico a los distintos ministerios de sanidad y documentos públicos.

RESULTADOS:

En la mayoría de países con segmentación de TS disponen de una formación formal, superior o no, que permite acceder a realizar tareas en el TSU, y de una formación no formal en el caso del TSNU. Otros modelos responden a un único nivel de formación en el TS. Muchos de los países que no segmentan explícitamente entre TSU y TSNU disponen igualmente de distintos niveles de formación.

CONCLUSIONES:

Generalmente la educación requerida para realizar tareas del TSNU es inferior a la del TSU, aunque también existe el modelo dónde se requiere la misma educación, formal y de nivel medio, para ambos tipos de tareas. La comparación entre países contribuye al debate de si se debe diferenciar entre la formación requerida para el TSU y el TSNU así como la necesidad de ofrecer continuidad al nivel medio de formación hacia un nivel superior para realizar tareas en el TSU, en beneficio también de la salud de los profesionales.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-610

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA CIRCULACIÓN DE AMBULANCIAS

J Cuerda del Olmo (1), B Bernardino Cuesta (2),
P Cambronero de Andrés (1), M Castellanos Muñoz (1),
L Ramírez Freire (1)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

PALABRAS CLAVE: ambulancias-factores de tiempo-accidentes de tránsito

OBJETIVOS:

Realizar una valoración de sistemas de control de tráfico, que ayuden a mejorar los tiempos de respuesta de las ambulancias de la forma más segura posible.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos Medline, Pubmed, Google académico, Dialnet y Cuiden, en inglés y castellano, de artículos relacionados con seguridad vial en ambulancia, entre 2010-2016, con palabras claves como: transporte inteligente en ambulancia, sistemas de control de tráfico, mejoras en el tráfico de ambulancias, sistemas técnicos de control de ambulancia.

RESULTADOS:

El uso de sistemas de radiofrecuencia en ambulancias, enfocados a mejorar la fluidez de la circulación de estos vehículos, tales como el cambio de fase de los semáforos, o la modificación de la frecuencia modulada de las radios de los vehículos de una zona determinada para informar de la proximidad de una ambulancia, mejoraría los tiempos de respuesta en situaciones de embotellamiento de vehículos, mejorando así la supervivencia del paciente.

CONCLUSIONES:

Los tiempos de respuesta de una ambulancia son importantes para la supervivencia de los pacientes. El uso de la tecnología para facilitar la rapidez en traslados sanitarios sería muy beneficioso. Es importante en ciudades con gran volumen de vehículos el diseño de las vías y la creación de sistemas inteligentes que mejoren los desplazamientos de las ambulancias.

P-611

MANEJO BÁSICO DE LA AVULSIÓN DENTARIA EN MEDIO EXTRAHOSPITALARIO PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P Cambronero de Andrés (1), J Cuerda del Olmo (1),
B Bernardino Cuesta (2), M Castellanos Muñoz (1), L Ramírez Freire (1),
AM Gacimartín Maroto (1)

1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

PALABRAS CLAVE: avulsión de diente-reimplante dental-factores de tiempo

OBJETIVOS:

Definir los conceptos básicos que un Técnico de Emergencias debe conocer sobre qué hacer y no hacer ante una avulsión dentaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza revisión bibliográfica a través de bases de datos en línea (Pubmed, Medline y Google Academic), de publicaciones, entre 2006 y 2016, relacionadas con los términos avulsión dental y reimplantación de piezas dentales.

RESULTADOS:

Los dientes más comúnmente avulsionados son los incisivos centrales maxilares. El grupo de edad más afectado es entre 7 y 11 años. En caso de que el diente avulsionado sea un diente permanente (los temporales no se reimplantan), se debe manipular con precaución, evitando tocar la raíz. El traslado del diente se debe hacer en un medio húmedo adecuado: la leche o la propia saliva del paciente son los más recomendables, pudiendo ser transportado en la propia boca del paciente, nunca en agua. Un tiempo menor de 60 minutos entre la avulsión y la llegada a un especialista, junto a un correcto traslado de la pieza dental, son los factores que se han relacionado con una mayor tasa de éxito en la reimplantación.

CONCLUSIONES:

La avulsión y reimplantación dental no es una práctica muy habitual en la emergencia, pero es importante conocer la metodología adecuada para llevarla a cabo, ya que la pérdida de una pieza dentaria central definitiva causa mucho impacto psicológico, tanto en el paciente como en familiares. Tras la caída o extracción de la pieza dental por una causa traumática se deberán tomar las medidas y cuidados básicos que favorezcan su reimplantación posterior. La correcta manipulación por parte del técnico en emergencias y la pronta llegada a un centro sanitario con especialista en el área supone mayores posibilidades de reimplantarlo.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-615

FRACTURAS COMPLEJAS EN ENTORNO COMPLICADO

L Lacasta Beltrán

Ambuaragon

PALABRAS CLAVE: traumatismos-inmovilización-fracturas óseas**OBJETIVOS:**

Valorar la pertinencia de nuestros protocolos de actuación en este tipo de lesiones, valorando el confort de los pacientes y la disminución del dolor.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de un numero de sospechas de fracturas óseas producidas durante el periodo de apertura de la estación de esquí y su posterior confirmación con la máquina de rayos X del botiquín principal de la estación. Tenemos en cuenta que una bota de esquí pesa entre 3 kg y 7 kg, debido a su construcción la liberación de un miembro inferior afectado por una posible fractura en dicho miembro es complejo, debiendo realizar primero una inmovilización manual por un miembro del equipo, para que a su vez otro miembro extraiga la bota. El protocolo de actuación empleado es el siguiente: Comunicación del accidente, auxilio por personal de rescate de la estación (Pisters) activación de unidad, reevaluación, Escala EVA inicial, exposición del miembro afectado, en sospechas de fractura realizaremos, la mayor alineación tolerada por el paciente, comprobación de los pulsos y sensibilidad, inmovilización del miembro, y escala EVA posterior. No solemos comprobar temperatura del miembro afectado por sospecha de fractura al tratarse del medio donde se trabaja, temperaturas bajas, exposición prolongada de la persona lesionada a bajas temperaturas...

RESULTADOS:

Se produjeron más de 35 activaciones de ambulancia. De las cuales se confirmaron 15 fracturas complejas. Produciéndose en todos ellos una reducción en de más de 2 puntos en la escala EVA del dolor y una considerable reducción del estrés producido por el accidente.

CONCLUSIONES:

En el 90% de los caso tras una correcta alineación del miembro afectado y posterior inmovilización los pacientes han experimentado una reducción significativa de dolor en cuanto la escala EVA. Ello conlleva mejora de confort del paciente hasta el tratamiento definitivo, reducción de la morbilidad y también reducción de la ansiedad producida por el dolor. Con este protocolo conseguimos que el paciente consiga un tratamiento definitivo en menos de una hora desde que se produjo el accidente.

P-618

RIESGOS AÑADIDOS PARA INTERVINIENTES SANITARIOS EN ACCIDENTES CON VEHÍCULOS HÍBRIDOS

C Fernández Candelas (1), J Guerrero Melle (2), J Gajate Cano (2), S Justo Morato (2), S Sanz Sáez (2), D González Rodríguez (2), JJ Jiménez Jiménez (3)

(1) Bomberos de Madrid. Voluntario SAMUR-Protección Civil. (2) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (3) Bomberos de Madrid

PALABRAS CLAVE: accidents traffic-security measures-equipment safety**OBJETIVOS:**

Analizar los riesgos añadidos en accidentes con vehículos híbridos eléctricos según las características técnicas del vehículo y diseñar un plan de actuación para intervinientes sanitarios en este tipo de accidentes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Describimos los riesgos potenciales para el personal interviniente con vehículos híbridos implicados basándonos en las pautas de actuación de bomberos de Madrid.

RESULTADOS:

Los vehículos híbridos eléctricos presentan los mismos elementos de seguridad activa y pasiva independientemente de su sistema de propulsión. Los híbridos/eléctricos disponen de un sistema con baterías de alto voltaje que puede exponer a un riesgo de descarga eléctrica al personal actuante. El silencio del vehículo en marcha requiere un acercamiento seguro con posterior visualización del panel de control, observando si funciona para desconectarlo y asegurarlo con el freno de mano.

CONCLUSIONES:

Para evitar accidentes del personal sanitario en la intervención en vehículos híbridos eléctrico se propone el siguiente plan de actuación: 1. Identificación del vehículo como híbrido (identificación exterior e interior) 2. Acercarse por el ángulo apropiado (laterales). 3. Observar activación de airbags/ guardar distancia de seguridad. 4. Pulsar el freno de mano (P) 5. Apagar el vehículo (Llave, botón Start/Stop o Power). Evita el accionamiento de los airbags. (Palabra Ready? apagada en el panel de control.) 6. Alejar la tarjeta entre 8-10 metros del vehículo evita el encendido accidental. Cumpliendo este procedimiento de actuación solventamos potencialmente los riesgos que presentan estos vehículos, sin perjuicio de cumplir con los Epi's adecuados y con los protocolos internos de cada servicio así como de otras medidas encaminadas a la seguridad de los intervinientes.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-619

SITUACIÓN FORMATIVA OFICIAL DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN ESPAÑA

O A M, LJ García Bautista, P Mascaraque Cantero,
C Fernández Candelas

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: apoyo formación profesional-urgencias médicas-extracto oficial

OBJETIVOS:

Analizar a nivel público y privado cómo ha sido la implantación del título oficial de TES y de los Certificados de Profesionalidad oficiales que convalidan parte de este título a través de las CCAA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo con búsqueda de información del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, de las Conserjerías de Educación de las CCAA, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y del Instituto Nacional de Estadística. Variables de estudio: demografía de las CCAA de 15-29 años y de Parados, y variables resultado: Institutos Públicos y Privados por CCAA, Centros de impartición de Certificados de Profesionalidad por CCAA.

RESULTADOS:

Las cuatro mayores Comunidades en población (Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia) representan el 51,70% de la oferta de Institutos de FP en España, tienen un 68,12% de todos los Institutos privados de España, y un 37,18% de todos los Institutos públicos de España. Madrid y Valencia tienen el 43,38% de los Centros que ofrecen el CP en TS-AMV. Canarias y Cataluña tienen un 15,32% de Institutos públicos de España cada una, con unas poblaciones de estudiantes sobre el total de España del 16% y 5% respectivamente. Cataluña tiene el 12% de Parados y el 2,56% de Centros de España que imparten los CP.

CONCLUSIONES:

Las Comunidades con mayor población tienen mayor oferta de Institutos de FP, con un mayor predominio de Institutos privados con diferencia a la distribución del resto de España. Sin embargo, no hay esa relación en los Certificados de Profesionalidad. Canarias tiene una de las mayores ofertas de Institutos públicos con una población mucho menor.

P-622

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS Y PREVENCIÓN DE RIESGOS: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

MJ Rodríguez Lorenzo (1), B Remuñán Rodríguez (2),
S Martínez Isasi (2), D Vázquez Santamaría (2)

(1) SVB 061 Carballo. A Coruña. Ambuibérica. (2) CM TES Liceo-La Paz. A Coruña

PALABRAS CLAVE: grupos profesionales-ambulancias-prevención de accidentes

OBJETIVOS:

Obtener un perfil actualizado del TES en cuanto a la utilización de equipos de protección individual, detectar carencias en ese apartado, y observar el grado de uso de dichos equipos.

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:

Al 13,70% de los encuestados no se le ofrece reconocimiento médico por parte de la empresa. De los que sí disponen de reconocimiento médico, el 11,70% no acude por decisión propia. El 27,70% de los encuestados no ha sido formado en prevención de riesgos, de los cuales el 16,60 ha firmado la formación sin haberla recibido. Se detecta un porcentaje importante de profesionales que no utilizan material ergonómico porque no lo consideran necesario o les parece incómodo. La mayoría de los encuestados disponen de material de seguridad individual. El 87% dispone de al menos tres sistemas de protección, pero sólo el 5,20% tiene a su alcance todos los materiales recomendados. En cuanto al material de prevención de riesgos laborales, un 34,60% no dispone de ninguno.

CONCLUSIONES:

La evolución profesional de los técnicos en emergencias sanitarias requiere más formación sobre las medidas de seguridad individual y una mayor concienciación de la necesidad de tomar medidas de prevención de riesgos laborales.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-625

MEJORA EN EL MANEJO DEL COMA HIPOGLUCÉMICO POR PARTE DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN LAS ISLAS CANARIAS

D Crespo González (1), NM Navarro Bermúdez (2),
MT Pérez Barreto (2), J Abella Lorenzo (3), JI García Gómez (4)

(1) Iscan Servicios Integrales. Base SVB 1-1-2 Garachico. (2) Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. (3) Ambulancias Ferrolanas S.L. Base USVA 061 Ferrol. (4) GSC

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus-coma hipoglucémico-glucagon

OBJETIVOS:

Analizar el número de incidentes con diagnóstico de hipoglucemia en las Islas Canarias así como, la frecuencia con que son atendidos por soporte vital básico, avanzado y sanitizado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo desde Enero a Agosto de 2016. Donde se realizó una búsqueda CIE-9 con diagnóstico de ?hipoglucemia? (datos aportados por el Servicio de Urgencias Canario-SUC), distribuido por zona básica de salud de las Islas Canarias.

RESULTADOS:

Según datos de la encuesta nacional de salud, la diabetes en Canarias se encuentra 0,7 puntos porcentuales por encima de la media de diabetes en nuestro país. Lo que indica que un 7,7% de la población canaria padece diabetes mellitus. Según datos aportados por el SUC, desde Enero a Agosto de 2016 se atendieron 526 casos de hipoglucemia. De los cuales 51 fueron atendidos por Soporte Vital Avanzado, 99 por recurso sanitizado y 246 por Soporte Vital Básico.

CONCLUSIONES:

Un paciente en coma hipoglucémico requiere de una actuación urgente y concreta. Una de las recomendaciones al paciente, familiares y entorno del paciente es disponer de glucagón para usarlo en caso de coma hipoglucémico y revertirlo. Según los resultados obtenidos vemos que la mayoría de los casos de hipoglucemia en Canarias son atendidos por Soporte Vital Básico (T.E.S. y T.E.S.-Conductor). Se abren puertas de investigación donde considerar la dotación al Soporte Vital Básico de glucagón® y protocolizar su actuación. Es más costoso tratar y rehabilitar a un paciente con daño cerebral que un coma hipoglucémico.

P-626

RIESGOS DEL TES EN LA UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS DE MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA DE SU VEHÍCULO

JA Del Moral Jiménez, A Prieto Sánchez, S Esteban Pastor,
F Aguilar Fernández, R Nole Medran

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: prevención de accidentes-compuestos químicos-protección personal

OBJETIVOS:

Analizar los productos químicos peligrosos que manipula el TES y los equipos de protección individual (EPI's) requerido para su manejo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante la recopilación de aquellos productos químicos más habituales que manipula el TES durante el mantenimiento, limpieza y desinfección de las ambulancias e identificación de pictogramas según el SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO DE COMUNICACIÓN Y ETIQUETADO DE QUÍMICOS (GHS/SGA) en un servicio de emergencias médicas de la ciudad de Madrid. Variables analizadas: agentes químicos peligrosos, etiquetado GHS/SGA en un servicio de emergencias médicas (SEM).

RESULTADOS:

Del estudio de los riesgos marcados en los envases y en las fichas de datos de seguridad (FDS) del producto de los fabricantes queda claro la existencia de determinados riesgos como tóxico, irritante, combustible, comburente (oxígeno medicinal), gas a presión, etc. que hacen preciso el uso de EPI,s y de instrucciones claras de manejo. Buscando si los EPI, s de dotación del TES, como guantes de latex, mascarillas o gafas antialpicaduras cubren también la protección ante estos riesgos.

CONCLUSIONES:

Examinados los riesgos de los productos a utilizar y las propiedades y características de los EPI,s de uso habitual se ve la idoneidad de esos EPI,s para su utilización en las labores de mantenimiento, siendo necesaria la formación e instrucciones de uso específicas respecto a los riesgos químicos, pretendiendo reducir el riesgo ante esos peligros, teniendo en cuenta que hay una alta probabilidad de que el TES los utilice en su trabajo diario. Será responsabilidad de cada empresa la comprobación de los productos químicos presentes en sus vehículos, la tenencia de las FDS y la formación e información de sus trabajadores.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-628

LA IMPORTANCIA DEL TES EN LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

J Barea Mañas, M A Marimon Xamena, J Martín López,
B Martín López, Y Martín López

SAMU-061 Balears

PALABRAS CLAVE: atención de emergencias prehospitalaria-ambulancia-oxigenoterapia

OBJETIVOS:

Los objetivos del estudio consisten en identificar las intervenciones totales gestionadas por el SAMU-061 Balears por tipo de respuesta y cuantificar las intervenciones en que las han intervenido ambulancias de SVB, así como elaborar un ranking de las 10 actuaciones y maniobras más habituales de aplicación de los Técnicos de Emergencias Médicas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La muestra está formada por las intervenciones gestionadas en la CCUM-061 Balears durante el año 2016 analizados por tipo de respuesta, analizando las intervenciones de las unidades de SVB en los que se ha realizado algún tipo de maniobra o actuación registrada. Metodología descriptiva longitudinal.

RESULTADOS:

Los datos de la muestra global nos indican que se gestionaron un total de 233.041 intervenciones. Analizando la respuesta por parte de la CCUM-061 Balears destacan en un 35,47% de Emergencia, un 25,97% de Transporte Urgente Diferido y un 20,26% de Visita Domiciliaria. Destaca que en los siguientes incidentes actuarán los recursos de SVB según el tipo de respuesta asignado: en un 70,3% del Transporte Urgente Diferido, en un 33,48% de los incidentes de Transporte Secundario, en un 33% de las Emergencias, en un 28,48% de Kit Psiquiátrico y en un 10,89% de las visitas domiciliarias.

CONCLUSIONES:

Los Tipos de Respuesta con mayor incidencia en el SAMU-061 Balears son: Emergencia, Visita Domiciliaria y Transporte Urgente Diferido con más del 81% de los incidentes. En los incidentes en los que intervienen ambulancias de SVB con mayor predominancia, cabe destacar el Transporte Urgente Diferido seguido del Transporte Secundario, de las Emergencias y del Kit Psiquiátrico. El ranking de las actuaciones y maniobras que llevan a cabo los Técnicos en Emergencias Médicas en mayor medida son las siguientes: Toma de Constantes Vitales, Oxigenoterapia, Cura Tópica, Colocación de collarín cervical, Colchón de vacío, Desincarceración, Fijación espinal, Utilización de camilla cuchara, Inmovilización de extremidad y RCP Básica.

P-629

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN USADAS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

A Quincoces Rodríguez (1), L Lorente Fernández (1),
A López Fernández (1), MJ De la Viuda Gil (2), M Gabiña Melero (1)

(1) EMERBAK. (2) SACYL

PALABRAS CLAVE: férula-radiografía-inmovilización

OBJETIVOS:

Conocer los tipos de férulas usados habitualmente en las SVAe. Exponer las ventajas e inconvenientes de cada tipo de férula. Facilitar la integración del nuevo personal sanitario en el área extrahospitalaria. Incentivar al personal sanitario en una buena praxis con el apoyo de casos reales de inmovilización con su respectiva radiografía. Concienciar al personal sanitario en la importancia de la retirada de objetos metálicos que puedan interferir en la radiografía. Mejorar la calidad asistencial en urgencias traumatológicas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El material que referimos en el estudio, queda recogido en la normativa vigente que regula la equipación sanitaria de las ambulancias asistenciales: -Férulas de neopreno -Férulas de Matrix -Férulas de vacío -Férulas hinchables.

RESULTADOS:

Todos los tipos de férulas a estudio cumplen su objetivo en determinadas condiciones. Es relevante conocer las ventajas e inconvenientes para escoger la adecuada en cada emergencia.

CONCLUSIONES:

En la actualidad, no disponemos de una férula universal que cumpla las exigencias de la diversas situaciones que nos encontramos, por ello es necesario dotar las ambulancias con los diferentes tipos.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-633

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DEL MALTRATO A MENORES
EN LA CIUDAD DE MADRID

**M Castellanos Muñoz, J Cuerda del Olmo, L Ramírez Freire,
F Castellanos Muñoz**

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: menores-prevención primaria-maltrato a los niños

OBJETIVOS:

Analizar la incidencia del maltrato o sospecha de maltrato a menores, por causas físicas o abuso sexual, menores en riesgo social o en desamparo, menores bajo los efectos del alcohol o drogas de abuso, atendidos por el servicio de emergencias de SAMUR-Protección Civil.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 de los casos atendidos, sobre menores en situación de maltrato, según procedimiento del servicio y su análisis estadístico. Se han recogido variables demográficas, y clínico-sociales. Los datos se obtuvieron de la historia clínica.

RESULTADOS:

Según gráficas aumenta continua y progresivamente el maltrato a lo largo de los años. En meses del año se mantienen los casos, aumentando más del 50% en Mayo, bajando más de la mitad de los máximos, en vacaciones. En la semana, menos del 50% de los casos estudiados es de fin de semana. En horarios, aumenta la incidencia de 9-17h, relacionado con la jornada escolar. Estos porcentajes, se ven desplazados de tramo horario durante los periodos de fin de semana, trasladándose la mayor incidencia hacia la segunda mitad del día. La zonificación, dio mayor número de muestras, en barrios del extrarradio y centro, donde se concentra población más joven y con mayor inmigración.

CONCLUSIONES:

La mayor actuación de emergencias en el maltrato a menores, se produce dentro de los horarios lectivos escolares, lo que corrobora la importancia y necesidad de demandantes y alertantes dentro del equipo docente de los Centros Educativos, y/o Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, durante los periodos matinales, ante la presencia de menores en la vía pública y comunidad escolar. Es significativo que, en las vacaciones escolares, se reduzcan los casos por falta de detección. Demográficamente, un menor índice socio-cultural, podría afectar en la integración (vs. exclusión social), cuidado y necesidades básicas de los menores.

P-637

MOVILIZACIÓN DEL PERSONAL EN SITUACIONES
DE IMV O CATÁSTROFE

**E Gacimartín Maroto, MA Jurado Sánchez, A Gacimartín Maroto,
A González Municio, JJ Giménez Mediavilla**

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: movilización-disponibilidad-operativo

OBJETIVOS:

Analizar dificultades del plan de movilización de personal sanitario en un servicio de emergencias médico prehospitalario, ante un incidente extraordinario. Valorar utilidad del procedimiento de movilizaciones parciales ante un incidente extraordinario de IMV.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Población de estudio: personal sanitario de emergencias, adscrito al SAMUR-PC, que cumplimentaron encuesta online con carácter voluntario sobre la disponibilidad de movilización al centro laboral en caso de incidentes extraordinarios de IMV reales. Variables analizadas: demográficos y variables que valoran disposición, disponibilidad, isócronas territorial del domicilio al centro de trabajo y capacitación técnica.

RESULTADOS:

- Mayoría del personal, residente en Madrid, 64,7% voluntarios, 48,9% médicos, 45,7% dues, 43,2% técnicos. - Menos de 25 km, residen el 21,3% de voluntarios, 28,2% médicos, 21,2% dues y el 25% de técnicos. - Alto porcentaje de los voluntarios no pueden hacer transporte residen en Madrid 73,9%, pueden realizar otras tareas. - La encuesta muestra que el 90% tiene una disponibilidad inmediata, en 20 minutos, las Unidades de Soporte Vital estarían dotadas de personal y operativas. - Movilización en festivo, reduce el tiempo de llegada del personal casi el 50%. - El operativo ordinario tendría que asumir el manejo de la situación durante 20 minutos. - En anterior simulacro de movilización, acudieron el 54,8%, los datos ahora son mejores debido a nuevas tecnologías.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-638

INFLUENCIA DE LA INCORPORACIÓN DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA COMO PARTE DEL DISPOSITIVO DEL MARATÓN POPULAR DE MADRID EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL**C Feital García (1) F López Pereira (1), JA Martín Urrialde (2), MA Heredero Rodríguez (1), MJ Bartolomé Martínez (1)***(1) SAMUR-Protección Civil, (2) Universidad CEU San Pablo***PALABRAS CLAVE:** asistencia-podiatría-fisioterapia**OBJETIVOS:**

Cuantificar la influencia y relevancia de la incorporación de servicios de fisioterapia y podología en el MAPOMA de Madrid, en apoyo a la actividad asistencial de SAMUR-PC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, mediante la comparación de la tipología y perfil de asistencia sanitaria durante el MAPOMA antes y después de la implantación de puestos de fisioterapia (2009) y podología (2012). La recogida de datos se realiza de las historias clínicas y base de datos de dispositivos especiales.

RESULTADOS:

En los años 2009 y 2010 no tenemos registro fiable de la actividad de fisiología y podología pero a partir del años 2012 se puede comprobar la actividad con los siguientes datos: Año 2012, participantes 18000, fisioterapia atiende 456 corredores (32 de ellos derivados por SAMUR-PC y derivan 6 a SAMUR-PC), podología 93 y SAMUR-PC 155 pacientes, 6 derivados desde fisioterapia. Año 2013, participantes 26000, fisioterapia atiende 502 (26 de ellos derivados por SAMUR-PC y derivan 26 a SAMUR-PC) corredores, podología 75 y SAMUR-PC 119 pacientes. Año 2014, participantes 29000, fisioterapia atiende 538 corredores (42 de ellos derivados por SAMUR-PC y derivan 18 a SAMUR-PC), podología 81 y SAMUR-PC 159 pacientes. Año 2015, participantes 31000, fisioterapia atiende 590 corredores (50 de ellos derivados por SAMUR-PC), podología 84 y SAMUR-PC 112 pacientes. Año 2016, participantes 33000, fisioterapia atiende 649 corredores (37 de ellos derivados por SAMUR-PC y derivan 16), podología 84 y SAMUR-PC atiende a 95 pacientes.

CONCLUSIONES:

La presencia de podólogos y fisioterapeutas contribuye a optimizar la asistencia sanitaria a los corredores. La asistencia multidisciplinar asume la patología musculoesquelética banal, permitiendo una descongestión de los puestos médicos asistenciales y una mejor gestión de recursos humanos y materiales.

P-645

ADULTERANTES EN SUSTANCIAS DE ABUSO: IMPORTANCIA DE SU CONOCIMIENTO Y CONSECUENCIAS**P Cambronero de Andrés, J Cuerda del Olmo, L Ramírez Freire, M Castellanos Muñoz***SAMUR-Protección Civil. Madrid***PALABRAS CLAVE:** drogas ilícitas-intoxicación-factores de tiempo**OBJETIVOS:**

Conocer los diferentes adulterantes de las drogas de abuso mas consumidas actualmente para poder actuar ante una intoxicación por ese consumo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, tras revisión bibliográfica a través de bases de datos en línea (Pubmed, Medline y Google Academic), de publicaciones entre 2013 y 2016, relacionadas con los adulterantes encontrados en las intoxicaciones de pacientes por drogas.

RESULTADOS:

Los adulterantes son compuestos farmacológicos activos que se añaden a la droga principal con diferentes finalidades (simular o potenciar algún efecto o aumentar el peso de la sustancia entre otras). Causando efectos asociados a la toxicidad en sí de la droga. Los más frecuentes encontrados son: lidocaína, noscapina (obtenido del opio), procaina, cafeína, inositol (polvo sintetizado a partir de la vitamina B, utilizada en las bebidas energéticas), cafeína, paracetamol, piracetam, benzocaina, efedrina, lactosa, glucosa, etc.

CONCLUSIONES:

Se pone de manifiesto un aumento del consumo de sustancias para uso recreativo como las anfetaminas, cocaína, nicotina y sus adulterantes. Cuando se produce una emergencia por intoxicación de drogas, el paciente puede tener síntomas de más de una intoxicación, ya que el consumidor lo es de varias drogas. Las dosis que emplean para adulterar la sustancia está por debajo de la cantidad empleada para uso médico, pero al consumirlas juntas es cuando se producen efectos que pueden llegar a causar daños fisiológicos o psicológicos. Se agrava la toxicidad cuando el paciente tiene alguna enfermedad como insuficiencia hepática o renal. Aparecen vómitos, pérdidas de conocimiento, arritmias, excitación, hipertensión entre otros signos de intoxicación. Estos signos y síntomas para el Técnico es importante saber reconocerlo ya que va a ser la primera persona en actuar con el paciente y poder saber las medidas a tomar en función de los signos o síntomas.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-646

CENTRO DE EMERGENCIAS MADRID 112,
EL GRAN DESCONOCIDOS Esteban Pastor, C Esteban Pastor, J Higuera García, M López,
G García, A Martínez García

Madrid 112

PALABRAS CLAVE: llamadas de emergencia-tipificación-despacho a agencia**OBJETIVOS:**

Describir las llamadas más habituales, así como los expedientes multi-agencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de la gestión de centro coordinador Madrid 112 durante los últimos tres años.

RESULTADOS:

Se observa un elevado número de llamadas del ámbito sanitario durante, un 48%, seguidas de llamadas en el ámbito de la seguridad un 27%, extinción de incendios y rescate un 6% y un 19% restante de llamadas que no generan la intervención de recursos y son gestionadas y solucionadas en el transcurso de la misma. Las llamadas más frecuentes en el ámbito sanitario son clasificadas: Enfermedad, Dolor no traumático, Accidentes, Accidente de Tráfico, Intoxicación etílica, Agresión-heridos, Robo-intimidación, Incendio-heridos. Con respecto al despacho multisectorial, hay que resaltar la importancia del SIGE (Sistema Integral de Gestión de Emergencias) como sistema de intercambio de información entre agencias, ya que el 35% de los expedientes despachados se realizan a dos o más agencias.

CONCLUSIONES:

Casi la mitad de llamadas al 112 Madrid corresponden al ámbito sanitario. La importancia del despacho multisectorial, permite la gestión y coordinación del expediente en tiempo real entre los organismos participantes en un suceso, conociendo cuando llegan los recursos al lugar de intervención, que información aportan, como se desarrolla y los sucesos que pudieran desencadenar. La reducción de tiempos de respuesta y la gestión de recursos en agencias integradas en SIGE es un hecho evaluado y contrastado.

P-647

LESIONES DE ESPALDA EN TÉCNICOS DE EMERGENCIAS
SANITARIAS. COMPARATIVA SEGÚN ANTIGÜEDAD

G Nicolau Far, J Nicolau Far, A Rotger Terrasa

SAMU 061 Baleares

PALABRAS CLAVE: ambulancia-lesión-ergonomía**OBJETIVOS:**

Demostrar que las lesiones que se reflejan a día de hoy en los técnicos con mayor antigüedad fueron provocadas anteriormente por la falta de formación en ese aspecto, así como por la falta de material adecuado para la movilización de los pacientes y accidentados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Datos estadísticos de bajas por este tipo de lesión en los técnicos de emergencias sanitarias en las islas baleares. Comparativas de edad de los datos estadísticos.

RESULTADOS:

El 70% de las bajas por lesiones de espalda en el ámbito laboral las sufren los técnicos en emergencias sanitarias con una antigüedad mayor de 15 años y a su vez entre ellos el 90% tiene una edad superior a los 40 años, siendo estas de mayor duración.

CONCLUSIONES:

La incorporación de formación en el uso de posturas correctas a la hora de movilizar un paciente o accidentado así como el uso de materiales más ergonómicos en el trabajo diario ha permitido la reducción de lesiones en los técnicos en emergencias sanitarias con menor antigüedad así como el retraso en la aparición de las mismas en los de mayor antigüedad.



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-651

CARGA DE TRABAJO DE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

F Aguilar Fernández, JC López Redondo, C Canencia Hernández
SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: prevención-indicadores calidad-carga

OBJETIVOS:

Analizaremos la distribución del Índice carga de trabajo, ICT, en la central de comunicaciones, según el turno laboral y tiempo empleado en la gestión de las llamadas y tasas de avisos negativos con el propósito de conocer el número de operadores por turno adecuados en criterios de excelencia de calidad. La información se obtiene de la base de datos de la Central de Comunicaciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo del total de incidentes gestionados por la Central de Comunicaciones de SAMUR-PC, de la ciudad de Madrid, desde 1 de enero a 31 de diciembre de 2016. Variables estudiadas: distribución horaria por turno laboral, tipología del suceso, gestión de la llamada y del aviso. Los datos se obtuvieron de la base de datos de la Central de Comunicaciones.

RESULTADOS:

Se analizan los 97340 sucesos del año 2016, agrupados por turnos de trabajo y equipos, con una tasa de sucesos negativos de 12,22 (P25: 11,57 y P75: 13,76) P: Percentil, donde segmentando por turno de trabajo, siendo diurno D entre las 08:00 y las 20:00 y nocturno N entre las 20:00 y 08:00. D 11,26 y N 12,25. El tiempo de Alerta ? Activación es de 8' minutos 8" segundos, con un P25 de 8' 3" y P75 de 8' 11". Siendo D 8' 11" y N 8' 07", El tiempo de gestión y matización es de 74,03 segundos, siendo P25, 72,25 y P75: 75,51. D de 76,58 y N de 76,84. El ICT por operador es de 1,074 con P25, 0,833 y P75, 1,272. Siendo D: 0,833 y N: 1,272.

CONCLUSIONES:

Tomando como referencia los indicadores de calidad de la gestión telefónica para la Central de Comunicaciones reduciremos la tasa de sucesos negativos de los recursos de emergencia, adecuando el ICT al número óptimo de profesionales, dedicando el tiempo necesario para la matización y cribado de las llamadas.

P-654

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME *BURNOUT* EN TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS

A Marín Ramírez, C Vílchez Rodríguez, F Moreno Collado, A Vílchez Rodríguez

Cruz Roja Española

PALABRAS CLAVE: risk factors-burnout-ambulance

OBJETIVOS:

Analizar cuáles son los factores de riesgo de aparición del Síndrome Burnout en Técnicos de Emergencias Sanitarias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión en las bases de datos Pubmed y Cochrane. La ecuación de búsqueda se llevó a cabo mediante operadores booleanos y de truncamiento, y los descriptores en ciencias de la salud: ?Risk Factor?, ?Ambulance?, ?Burnout? y ?Emergency?. Se incluyeron trabajos publicados en inglés y español. Y se excluyeron trabajos que analizaban el burnout en ambiente intrahospitalario y que incluían otras categorías profesionales.

RESULTADOS:

Se identificaron 11 estudios, de los que se seleccionaron 8 por cumplir nuestros criterios de inclusión. Tras la lectura y análisis de los artículos se obtuvieron 2 categorías de resultados: factores individuales relacionados con el Burnout y factores laborales relacionados con el Burnout.

CONCLUSIONES:

Los factores de riesgo de Burnout más importantes de los Técnicos de Emergencias son las condiciones de trabajo, alto flujo de pacientes, relación con los compañeros, largas horas de trabajo, estrés, salarios bajos o incidentes específicos como accidentes que involucran a niños. Es importante seguir con esta línea de investigación ya que a medida que los Técnicos en Emergencias tengan una salud adecuada tanto física como mental podrán ofrecer una atención de calidad a los pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-655

COMPARACIÓN ENTRE EL DESARROLLO CURRICULAR DEL TES Y LAS COMPETENCIAS DE LOS MILITARES PERTENECIENTES A LA ESCALA DE TROPA DEL CUERPO GENERAL DEL EJÉRCITO DE TIERRA, CON LA ESPECIALIDAD DE APOYO SANITARIO**E González Navarro (1), D Fernández Esparrell (2),
M Piqué Pijuán (3), Y Lázaro Giménez (4)***(1) Berga. (2) Calella. (3) Ambulancias La Pau. Barcelona. (4) SEM Barcelona***PALABRAS CLAVE:** emergency medical technicians-emergency mobile units-curriculum**OBJETIVOS:**

El objetivo se centra en comparar las diferencias competenciales entre los contenidos y resultados de aprendizaje del TES y el currículum formativo del personal asistencial militar, y relacionar estas diferencias con el equipamiento sanitario que actualmente deben llevar las ambulancias asistenciales tipo B y C según normativa UNE.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La metodología se basa en analizar los documentos citados anteriormente.

RESULTADOS:

Los resultados indican tareas asistenciales adscritas a personal militar no sanitario que no aparecen en las competencias del TES: aplicación de pinzas de compresión hemostática o la aplicación de parches para el drenaje torácico. Por otro lado, sí comparten algunas competencias, como el soporte de preparación y administración de fármacos, mientras que la normativa sobre equipamiento indica la necesidad de incluir material como equipos de venoclisis (dispositivos de infusión a presión, sueroterapia?) ya en los vehículos tipo B con TES.

CONCLUSIONES:

Se propone nuevos estudios sobre las tareas necesarias para la capacitación del TES en aquellas competencias no adscritas directamente a su currículum, pero que ante situaciones justificadas de desequilibrio entre los recursos y las necesidades asistenciales, como el personal militar no sanitario, pueden llevar a cabo para aumentar la probabilidad de supervivencia de los afectados.

P-657

EL TÉCNICO DE EMERGENCIAS SANITARIAS. LA IMPORTANCIA DE BALIZAR LOS ESPACIOS DE INTERVENCIÓN**FJ Ruiz Reyes, M Osuna Díaz, C Osuna Esbri***Asistencias Los Ángeles. Córdoba***PALABRAS CLAVE:** disaster medicine-transportation of patients-first aid**OBJETIVOS:**

Aislar espacios de trabajo. Proteger equipo de intervención y víctimas existentes de nuevos accidentes o daños sobreañadidos. Impedir acceso zona observadores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Como conseguir un buen balizamiento: Encender luces emergencia y dispositivos luminosos vehículo. Balizar zona operativa con conos. Noche y poca visibilidad, usaremos luces vehículo para iluminar zona accidente. Niebla, retirar inmediatamente personas accidentadas e ilesas, vehículos, accidentados y que no lo están. Balizar con señales triangulares reflectantes, distancia mínima 50 y máxima 150 metros del accidente y ambos sentidos marcha. Acordonar zona impacto utilizando cintas balizamiento. Usar megáfono controlar espectadores. Señalizar diferentes sectores que establezcamos. No fumar en zona ni inmediaciones accidente. Controlar escenario en perímetro. Equipos sanitarios y demás intervinientes, protegidos y dentro áreas seguridad. Controlar peligros reales o potenciales (explosión, derrumbamiento, etc) Derramamiento de líquidos, estacionar en lugar elevado al vertido. Fuga de gases o cerca de incendio y sopla el viento, colocarnos en lugar contrario a este y a una distancia donde tengamos asegurada nuestra seguridad. Mantener tráfico interrumpido tiempo justo y necesario para balizar zona intervención.

RESULTADOS:

¿A que llamamos balizamiento con sectorización? Delimitar por sectores de seguridad el escenario o área geográfica donde ocurre catástrofe, dividida en tres zonas: Área Salvamento o zona caliente: Encuentran las víctimas. Punto de mayor impacto de la agresión. Se centrarán esfuerzos evacuar supervivientes a zonas seguras. Área Socorro o zona tibia: Primeras atenciones, clasificación, estabilización e inmovilización de víctimas. Área Base o zona fría: Ubicación de unidades móviles de los servicios de emergencia. Es la zona segura.

CONCLUSIONES:

Actuaremos siempre con precaución ante una situación donde desconocemos el peligro real. Mantendremos una distancia prudencial de la escena hasta que los expertos de cada caso nos indiquen la ausencia de peligro.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6: TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

A-608

QUE 10 AÑOS NO ES NADA... EN LA URGENCIA...

M García Ribes, I Palacio Quintana

Centro de Salud Citolino. Cantabria

A-653

DISEÑO DE UN DISPOSITIVO DE RIESGO PREVISIBLE POR TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

F Moreno Collado, A Marín Ramírez, C Vélchez Rodríguez

Cruz Roja Granada

A-612

SÉ PROFESIONAL Y PLANIFICA EL TRASLADO

I Achurra Pardo, M. Fernández Gómez

061 Cantabria

A-656

PROPUESTA DE TRASLADO DE PACIENTES AGITADOS POR UNIDADES TIPO C SVA

MA Carrasco Rueda (1), F Martínez Sandoval (1), M Gutiérrez Pinilla (2), FJ Molina Fernández (3), JP Espinosa Cardós (1), L Abad Hernández (1)

(1) Gerencia Urgencias y Emergencias. 061 Murcia. (2) Centro de Formación AMUSAL. Murcia. (3) Ambumar SyA. Alicante

A-613

OPTIMIZACIÓN DE UN VEHÍCULO PORTABICICLETAS SANITARIZADAS EN SAMUR-PC

LJ García Bautista (1), O Allas Martín (1), R Santirso Fernández (2), P Masqueraque Cantero (3)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Hospital Puerta Hierro Majadahonda. Madrid. (3) Estudiante

A-632

INMOVILIZACIÓN CERVICAL SELECTIVA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

A Borrella Romero (1), C Calle Domínguez (2), M Parrón Parra (2), I Bravo Tejedor (3), A Batalla Sardá (4)

(1) Vitalia 24 h. (2) C. S. Barrio del Pilar. Madrid. (3) Complejo Hospitalario Pamplona. (4) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-652

EL TES Y LA MASCARILLA LARÍNGEA. UN AVANCE EN LA FORMACIÓN PARA LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE

M Fernández Gómez, I Achurra Pardo

SVA 061 Cantabria. Ambuiberica



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 7

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV



CONGRESO NACIONAL SEMES

ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



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

O-659

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES
TORÁCICAS MANUALES Y MECÁNICAS EN LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR

JL N F

SAMU Sant Joan d'Alacant. SES-CV

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-masaje cardiaco-cardiocompresor**OBJETIVOS:**

Valorar la calidad de las CT realizadas de forma manual y las realizadas usando cardiocompresores mecánicos Lucas2 y AutoPulse.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se obtuvieron datos de los participantes en un taller del XVI Congreso SEMES-CV. Para el análisis de los datos se utilizó la aplicación SPSS-v23. Para la estadística inferencial se aplicó el test inferencial sobre el valor de una media T de Student.

RESULTADOS:

Las CT manuales se realizaron excesivamente rápidas (media 130.18 CT/min, IC95% 122.81-137.55), valor muy superior al obtenido por Lucas2 y AutoPulse (101 y 79 CT/min respectivamente, $p = .005$), también resultaron poco profundas (media 45.55 mm, IC95% 41.24-49.85) al igual que las de AutoPulse (30 mm, $p = .000$), no así las de Lucas2 (52 mm $p = .007$). Los dos cardiocompresores lograron el 100% de CT con retorno correcto frente al bajo valor obtenido por las CT manuales (media 65.18%, IC95% 43.62-86.74). La fracción de compresión torácica fue superior en las CT con cardiocompresores (Lucas2: 85%, $p = .000$, AutoPulse: 88%, $p = .000$) frente a las CT manuales (media 78.36%, IC95% 75.51-81.21). En cuanto a la calidad, las CT manuales cumplieron con casi 2 de las 4 variables (1.92, DE ± 0.54 , IC95% 1.40-2.44). No se encuentran diferencias significativas con AutoPulse que cumplió 2 ($t = 0.32$, $p = .753$). Si hay diferencias significativas con Lucas2 que cumplió 4 ($t = 8.68$, $p = .000$).

CONCLUSIONES:

Las CT manuales no cumplen los criterios de calidad. El cardiocompresor Lucas2 realiza CT de mayor calidad que las realizadas por AutoPulse y que las CT manuales.

O-675

PERFIL DEL PACIENTE QUEMADO ATENDIDO POR SAMUR-PC
EN LA CIUDAD DE MADRID

M Arévalo de Pablos (1), MC Barneto Valero (1),
A Chozas Serrano (1), NV González Puebla (1), A Prieto Sánchez (1),
MI Herráez Rogero (2), R García Zamorano (2)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: burns-emergency medical services-health profile**OBJETIVOS:**

Estudiar el perfil epidemiológico del paciente quemado atendido por un servicio de urgencias prehospitalario en la ciudad de Madrid.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos con diagnóstico de quemaduras y trasladados como preaviso hospitalario por un servicio de emergencias médicas (SEM), desde 2006 al 2016. Variables analizadas: demográficas, tipología de aviso, clínicas y supervivencia. La recogida de datos se hizo de la historia clínica y seguimiento del preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

Se atendió a 2.156 pacientes quemados (1.199 atendidos por Soporte Vital Básico y 977 por Soporte Vital Avanzado). 143 pacientes que fueron trasladados con preaviso debido a su gravedad. El perfil tipo es un varón (72%) con una media de edad de 42 (DE 20) años, cuya causa más prevalente de quemaduras las ocasionan los incendios (35%) y explosiones (30,8%), provocados fundamentalmente por accidentes domésticos (27%) y laborales (18,2). Del total de los pacientes estudiados, un 28,7% presentan un síndrome de inhalación de humos y el 89,7% sufren quemaduras de tipo térmico. Un 45,1% de los pacientes se consideran grandes quemados, y a pesar de ello la supervivencia a las 6 horas fue de 97,2%, a las 24 horas del 96,5% y a los 7 días de 93,7%. Un 35% del total fue dado de alta de la unidad de quemados a los 7 días.

CONCLUSIONES:

El perfil del paciente que sufre quemaduras es un varón joven, en un entorno doméstico o laboral, que sufre quemaduras causadas por incendio o explosión, donde menos de la mitad de casos son grandes quemados, siendo destacable la alta supervivencia.



índice temático



índice autores



inicio





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

O-676

LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL PRIMER RESPONDIENTE, CLAVE PARA MANTENER EL RITMO DESFIBRILABLE Y LA RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA DE CIRCULACIÓN

J Carrasco Yubero, O Nogales Trigo, E Pastor González,
C Barneto Valero, MJ García-Ochoa Blanco

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-fibrilación ventricular-paro cardiaco extrahospitalario

OBJETIVOS:

Estudiar la influencia de las maniobras de RCP del reanimador lego en el ritmo inicial de PCR y la RCE.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo. Población: Pacientes atendidos en PCR, por unidades de soporte vital avanzado (USVA), en los años 2015-16, por el servicio de emergencias prehospitalario SAMUR-PC. Variable resultado: ritmo inicial de PCR desfibrilable y RCE. Variable clasificadora: maniobras de soporte vital previo (RCP). Otras variables independientes: demográficas, parada presenciada, formación en RCP. Los datos se obtuvieron de la historia clínica.

RESULTADOS:

290 casos. El 73% son varones, con una edad media 65 (DE16,6), siendo sólo el 10% de origen traumático. El 46% es una parada presenciada, habiendo algún tipo de testigo de la PCR en el 70% de los casos, realizándose maniobras de RCP sólo en el 30% de casos. El ritmo inicial de parada fue en el 37,5% desfibrilable, 8,3% AESP y 44,1% asistolia. Se consiguió la RCE en 48,9% casos. En el análisis univariable, que el primer respondiente haya recibido un curso de RCP se relaciona con ritmo desfibrilable ($p = 0,023$). En el análisis multivariable realizar maniobras de RCP se relaciona con obtener un ritmo inicial de parada desfibrilable ($p = 0,019$) y en el modelo de regresión logística realizar maniobras de RCP ($p = 0,009$ OR 2,1 (1,23-3,95)) y tener un ritmo inicial desfibrilable ($p = 0,000$ OR 23,6 (2,18-6,07)) se relaciona con la RCE.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que tras la identificación de la PCR reciben maniobras de RCP por el alertante se relacionan con un ritmo desfibrilable a la llegada del soporte vital avanzado con la consecuente mejora en la RCE. Se pone de manifiesto la importancia de la recogida de datos (estilo Ulstein) en las intervenciones para su estudio posterior.

O-686

¿ELEGIMOS UNA TALLA DE TRAJE ADECUADA EN LA ATENCIÓN DE UN INCIDENTE NBQ?

F Martín Rodríguez (1), P Arnillas Gómez (1), MA Castro Villamor (2),
V Casado Vicente (3), C Fernández Pérez (4), JL Martín Conty (5),
JF Delgado Benito (1)

(1) Emergencias Sanitarias Castilla y León. (2) Centro de Salud Delicias 2. Valladolid. (3) Centro de Salud Parquesol. Valladolid. (4) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (5) Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha

PALABRAS CLAVE: personal protection-anthropometry-risk management

OBJETIVOS:

Comprobar el grado de acierto en la elección en la talla del traje en la actuación en incidentes NBQ.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuasiexperimental no controlado sobre 100 voluntarios (grado de enfermería, grado de medicina, enfermeros y médicos de urgencias hospitalarias (UH) y emergencias sanitarias(ES)) elegidos aleatoriamente por conglomerados. A todos se les fue preguntando qué talla querían y después se les entrego bajo consulta de sus datos antropométricos la talla adecuada.

RESULTADOS:

El 73% de los voluntarios solicitaron una talla del traje inadecuada. El 6% solicitó talla mayor y el 67% talla menor a la necesaria. En el 6,3% la diferencia entre la talla solicitada y real fue de 1 talla, en el 41,7% 2 tallas, en el 24% 3 tallas y en el 4,2% 4 tallas. El 73,2% de las mujeres y el 80% de los hombres solicitaron tallas inadecuadas ($p = 0,302$). El 69,4% de estudiantes de grado, el 84,6% de profesionales de UH y el 81% de ES solicitaron tallas inadecuadas ($p = 0,284$). No se encontraron diferencias cuando se analizó la influencia de la edad ($p = 0,778$), la experiencia laboral ($p = 0,882$) y la experiencia NBQ ($p = 0,686$).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los voluntarios no acertaron la talla del traje que precisan utilizar en un incidente NBQ y solicitan tallas menores a las que deberían utilizar. La solicitud inadecuada de la talla del traje no parece estar influida por el sexo, la edad, trabajar en urgencias o emergencias sanitarias, la experiencia laboral o la experiencia NBQ. Se precisaría un esfuerzo por incluir en los cursos de instrucción NBQ unas directrices adecuadas para aleccionar a los alumnos sobre el cálculo adecuado de la talla del traje que precisan e insistir sobre el riesgo que representa trabajar con una talla inadecuada del traje.



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

O-688

INTENTOS DE SUICIDIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA (2006-2015)

F Celada Cajal (1), JL Martín Conty (2), C Fernández Pérez (3), M López Herranz (4), A Quiroga Fernández (5), I Aliaga Vera (6)

(1) Universidad de Castilla-La Mancha. (2) Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina, Toledo. (3) Servicio de Medicina Preventiva. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. (4) Facultad de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid. (5) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (6) Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid

PALABRAS CLAVE: conducta suicida-intento de suicidio-economía

OBJETIVOS:

Conocer la evolución de los intentos de suicidio en el periodo precrisis y crisis, entre 2006 y 2015, atendidos por la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio ecológico, realizado entre 2006 y 2015. Se ajustó un modelo de regresión de Poisson segmentado de las tasas estandarizadas por 100.000 habitantes, ajustadas por edad, sexo, y provincias, con el que se compararon las diferencias en las tasas de intento autolítico por año. Se analizó la tasa de desempleo, el PIB autonómico, los ingresos y gastos medios, la tasa de pobreza, la exclusión social y el índice de Gini. Se evaluaron los efectos con los IRR (razones de incidencia) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se usó el programa STATA ver 13.

RESULTADOS:

La población total estudiada fue de 1308 intentos de suicidio en los diez años estudiados. En 711 casos (55,8%) fueron mujeres y 563 (44,2%) hombres. Se observa un incremento lineal anual de un 4% (IRR 1,04 IC95% 1,02-1,05, $p < 0,001$) en el periodo estudiado, sin embargo se produce una reducción no significativa en los años 2009-2010 que se eleva a partir de 2012 de forma significativa. Se encontraron diferencias significativas por provincias. Las correlaciones encontradas con los índices económicos fueron relaciones lineales directas significativas.

CONCLUSIONES:

El intento de suicidio puede ser un buen indicador de la situación de desigualdad social que se produce en un periodo de contracción económica.

O-690

VALOR PREDICTOR DE LA OXIMETRÍA CEREBRAL EN EL PRONÓSTICO HEMODINÁMICO Y NEUROLÓGICO DE LA PARADA CARDIACA PREHOSPITALARIA

PJ Ruiz Hornillos, C Caniego Rodrigo, B Uceda Palanco, E Corral Torres, R Suárez Bustamante, R Polo Izquierdo, F Torres García

SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

PALABRAS CLAVE: paro cardíaco extrahospitalario-oximetría-medicina de emergencia

OBJETIVOS:

Analizar mediciones oximetría cerebral, en parada cardiorrespiratoria prehospitalaria (PCRp), estableciendo valores de referencia, que aumentan supervivencia y sirvan como predictor de pronóstico neurológico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes prospectivo. Población estudio: pacientes atendidos en PCRp etiología médica, por servicio emergencias médico prehospitalario (SEMp), ciudad de Madrid, (julio 2016 a abril 2017). Variables resultado: (ROSC) y Cerebral Performance Category 30 días ingreso hospitalario (CPC30). Buena recuperación neurológica (grados I y II). Variable estudio: oximetrías cerebrales en reanimación. Otras variables independientes: demográficas, clínicas y analíticas. Recogida datos de registro oximetría cerebral y seguimiento preavisos hospitalarios. Análisis estadístico multivariable mediante regresión logística y ANOVA.

RESULTADOS:

Analizamos 30 pacientes, 83,3% varones, media edad de 68,47 años (DE 15,4). Medición inicial oximetría previa al ROSC medias: Drcha: 40,20 (DE 13,5), Izq: 41,65 (DE 14,7). Medias máximas: Drcha: 49, 81 (DE 11,4), Izq: 49,73 (DE 12,9). Media ETCO2 mas alta previa ROSC: 35,29 (DE 15,1). TAS más alta posterior ROSC media: 121 (DE 37,4). Media TAM más alta posterior al ROSC: 41,17 (DE 47,9). Un 46,7% ROSC, (13,3% CPC de I y II). 48,3% ritmos no desfibrilables. Relación significativa oximetría inicial con ROSC. Regresión Lineal (RL) Izq.: $p: 0,046$, IC: (1,001?1,155), Drcha: $p: 0,032$, IC: (1,010?1,246). Punto corte óptimo oximetría inicial de 35 relacionado con ROSC. Relación valor inicial previo al ROSC, con buena evolución neurológica valorada con CPC: Drcha: F: 7,477, $p: 0,001$, Izq: F: 3,595, $p: 0,030$. RL: CPC30.: Drcha.: $p: 0,000$, Izq.: $p: 0,014$ Relación valor máximo previo al ROSC, con buena evolución neurológica (CPC): Drcha: F: 3,698, $p: 0,032$, Izq: F: 3,649, $p: 0,032$. RL: CPC30: Drcha.: $p: 0,003$, Izq.: $p: 0,048$. Punto corte óptimo de 50. Valor predictivo TAS post-PCR con CPC30: $p: 0,048$, IC: (-0,044?0,000). Oximetría inicial previo al rosc dch-izq y TAM más alta post rosc ($p: 0,010$). RL: Izq.: F: 10,702, $p: 0,003$ IC: (0,623?2,753) Drcha.: F: 21,403, $p: 0,000$, IC: (1,283?3,359).

CONCLUSIONES:

Valores iniciales elevados de oximetría cerebral durante maniobras RCPp se relaciona como valor predictor de ROSC y buen pronóstico neurológico. Valores oximetría altos previos al ROSC y TAS, se relaciona como valor predictivo de buena evolución neurológica. Resultados refuerzan necesidad de manejo adecuado de valores de presión arterial como cuidado post-PCRp.





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

O-701

ANALGESIA EN EL RESCATE EN MONTAÑA

E Sierra Quintana, SA Batista Pardo, J Pérez-Nievas, S Abella Barraca, M García Luengo, N Wöhrle, R Sanmartín Berraquero

UME Sabiñánigo. 061 Aragón

PALABRAS CLAVE: analgesia-rescate-AINE

OBJETIVOS:

Describir el tipo de lesiones encontradas y la analgesia suministrada en rescate en montaña.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo retrospectivo de características clínicas y del tratamiento administrado a los pacientes atendidos durante el 2016 por la Unidad de rescate en montaña del 061 de Aragón que precisaron analgesia debido a sus lesiones. Se analizan las historias de 96 pacientes.

RESULTADOS:

El 31.27% de los pacientes rescatados se les administró algún tipo de analgesia durante el rescate. La actividad que registra mayor número de accidentes es el senderismo/montañismo (56.25%), 65% en verano. La edad media de los pacientes fue 43.89 ± 14.52 años, el 66% varones. La lesión en extremidades inferiores supone el 62.5% (30% presenta fractura de tobillo), 15.6% extremidades superiores (10.4% del total luxación de hombro), 8.33% politraumatizado/TCE. El 80% de los pacientes fueron trasladados al hospital (6% en medio de SVA). La analgesia vía oral administrada por el paciente/acompañante supone un 35.4%, siendo el Ibuprofeno 600 mg el más utilizado (55.88%), especialmente en esguinces (41.47%). El 5.2% no quiso analgesia. Se administró Ketorolaco 30 mg en el 40.6%, asociado a Fentanilo en el 23%. En el 37.5% de los pacientes se han utilizado analgésicos mayores: Fentanilo (34.3%), Morfina (2.08%) y Ketamina (3.1%). Se emplearon utilizaron otros analgésicos en el 6.25%. La Metoclopramida se utilizó en 13.54%, Midazolam en 7.2%.

CONCLUSIONES:

Se administró analgesia a menos de la mitad de los pacientes. Al encontrarse en un lugar de difícil acceso el rescate no es inmediato por lo que parte de los pacientes toman analgesia que llevan en su botiquín (35.4%) hasta la llegada del sanitario. Los fármacos más utilizados en montaña son el Ketorolaco, Fentanilo, Morfina y Ketamina, que según el tipo de lesión y las características del rescate se elige el fármaco, la vía de administración y las posibles asociaciones entre analgésicos y otros coadyuvantes para optimizar el tratamiento y disminuir los efectos adversos.

O-703

VARIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EN EL SUMMA 112 A TRAVÉS
DE LOS AÑOS

JM Navalpotro Pascual, FA Peinado Vallejo, J Valenciano Rodríguez, A Corral Sánchez, J Les Gozález, J Bravo Rodríguez-Barbero, B Muñoz Isabel

SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: parada cardiorrespiratoria-urgencias extrahospitalarias-epidemiología

OBJETIVOS:

Describir la variación del perfil epidemiológico de las PCR extrahospitalarias en el SUMMA 112 y la supervivencia a la llegada al hospital en tres periodos de años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico retrospectivo sobre las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias tratadas el SUMMA 112 de Madrid durante tres periodos de un año (oct-2002 a sep-2003, oct-2008 a sep-2009 y oct-2013 a sep-2014). Se estudian como variables: edad (categorizada en grupos) y sexo del paciente, ritmo inicial de la parada, si la causa ha sido médica o traumática, si la parada ha sido presenciada o no y quien la presencié, si se ha hecho resucitación cardiopulmonar (RCP) previa a la llegada de los servicios de emergencia, si estaba presente el equipo de emergencia cuando se produjo y la llegada con vida del paciente al hospital. Estas variables se compararon en los tres periodos.

RESULTADOS:

Se atendieron 283, 642 y 939 pacientes con PCR en los tres periodos de los que llegaron con vida al hospital 75 (26,5%), 139 (21,7%) y 248 (26,4%) respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la influencia del sexo y la causa para la supervivencia. Hubo relación estadísticamente significativa entre la supervivencia y el ritmo inicial de la PCR, si fue presenciada y por quién lo fue y si se hizo RCP previa. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes periodos de tiempo en relación a ritmo inicial ($p < 0,001$) (más ritmos desfibrilables en 2002-2003), si fue presenciada o no ($p < 0,001$) (menos presenciadas en 2013-2014), quién la presencié ($p < 0,001$) (más por personal sanitario en 2002-2003) si se hizo RCP previa a la llegada del equipo de emergencias ($p < 0,001$) (más en 2013-2014) y por grupos de edad ($p = 0,001$) (mayores en 2013-2014).

CONCLUSIONES:

No hay cambios significativos en la supervivencia a través de los años pese a cambios en la epidemiología, ya que no todos estos cambios fueron favorables para la supervivencia.



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

O-714

ANÁLISIS Y RENTABILIDAD DEL PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO IIA EN ESPAÑA

E Coll Torres (1), A Mateos Rodríguez (2), M Padilla Martínez (1), A Ruiz (3), L Peiro (4), JM Pérez Villares (5), A Andrés Belmonte (6)

(1) Organización Nacional de Trasplantes. (2) Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Universidad Francisco de Vitoria. (3) H. Clínic. Barcelona. (4) H. U. San Juan. Alicante. (5) H. U. Virgen de las Nieves. Granada. (6) H. U. 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: donación en asistolia-servicios médicos de emergencias-trasplantes

OBJETIVOS:

Conocer la rentabilidad del proceso de donación en muerte cardiaca tipo II, desde el potencial donante trasladado al hospital hasta los órganos trasplantados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo basado en la recogida de datos entre los años 2009 a 2013 a nivel nacional. Se usa el test de chi cuadrado para las variables cualitativas y los test de U-Mann-Whitney y la mediana para variables cuantitativas. Cuenta con una beca de la Universidad Francisco de Vitoria.

RESULTADOS:

Se han registrado 919 potenciales donantes. Se descartaron 380 por diversas causas. El motivo principal es la causa biológica (31,2%) seguido de negativa familiar (20,7%) y problemas en la canulación (19,1%). 539 fueron donantes eficaces (59%). La causa de la PCR fue un factor influyente en la donación eficaz siendo menor el origen traumático y/o tóxico ($p < 0,001$). Los tiempos de parada no mostraron una diferencia significativa entre donantes eficaces y no eficaces. De los 539 donantes eficaces fueron utilizados 376 (40,9%). Se extrajeron 1357 órganos de los que se implantaron 770. El promedio de órganos implantados es 1,4. La edad media de los donantes utilizados es 45 años, 2 menor que los no utilizados ($p < 0,002$). El grado de utilización es el mismo sean o no conocidos los antecedentes patológicos ($p = 0,97$). De los que se conocen el porcentaje de utilización es mayor en aquellos que no presentan antecedentes patológicos, 74% y 68% ($p = 0,213$). El porcentaje de implantación renal es del 60%. Las causas de no implante más común es la mala perfusión (40%). El porcentaje de utilización de hígados extraídos fue del 58,8% y la causa más frecuente de descarte fue el aspecto isquémico (28,2%) o la mala perfusión (27,2%). El grado de uso de pulmones fue del 45,2% y la causa de descarte más frecuente el aspecto macroscópico (24%).

CONCLUSIONES:

Hasta 1,4 órganos por donante eficaz son trasplantados con el consiguiente beneficio para los pacientes en lista de espera. Son necesarios nuevos estudios para seguir incrementado la rentabilidad de este procedimiento en donantes eficaces y órganos trasplantados.

O-715

VARIACIÓN CRONOBIOLOGICA DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL SUMMA 112 A TRAVÉS DE LOS AÑOS

JM Navalpotro Pascual, FA Peinado Vallejo, J Valenciano Rodríguez, A Corral Sánchez, J Les Gozález, J Bravo Rodríguez-Barbero, MJ González León

SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: parada cardiorrespiratoria-urgencias extrahospitalarias-cronobiología

OBJETIVOS:

Describir la variación del perfil cronobiológico de las PCR extrahospitalarias en el SUMMA 112 y la supervivencia a la llegada al hospital en tres periodos de años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico retrospectivo sobre las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias tratadas el SUMMA 112 de Madrid durante tres periodos de un año (oct-2002 a sep-2003, oct-2008 a sep-2009 y oct-2013 a sep-2014). Se estudian como variables: la hora de la PCR, el día de la semana y el mes y como influyó en la supervivencia a la llegada al hospital. Estas variables se compararon en los tres periodos.

RESULTADOS:

Se atendieron 283, 642 y 939 pacientes con PCR en los tres periodos de los que llegaron con vida al hospital 75 (26,5%), 139 (21,7%) y 248 (26,4%) respectivamente ($p = 0,076$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el global de la hora, día de la semana y mes de la PCR para la supervivencia. Cuando se analizan por años hubo diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes periodos de tiempo en relación al mes de la PCR ($p < 0,001$) donde en 2002-2003 y 2013-2014 se dieron más casos en enero y donde en el periodo de 4 a 8 de la mañana siempre hubo menos casos. Además salvo para el periodo 2002-2003 en que hay diferencias ($p = 0,004$) en la supervivencia según el día de la semana (menor los sábados 6,1%), no se encuentran diferencias significativas ni por el mes ni por el grupo de horas en relación a la supervivencia.

CONCLUSIONES:

No hay cambios significativos en la supervivencia a través de los años en relación a la hora, día de la semana o mes de la PCR, aun habiendo cambios dentro de los periodos estudiados.





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

O-716

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DEL MODELO EXTRAHOSPITALARIO DE TRIAJE AVANZADO META EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

R Castro Delgado (1), T Cuartas Álvarez (2), P Arcos González (3)

(1) SAMU-Asturias. Universidad de Oviedo. (2) SAMU-Asturias. (3) Universidad de Oviedo

PALABRAS CLAVE: desastres-triage-incidentes de múltiples víctimas**OBJETIVOS:**

Identificar las funciones del personal de enfermería en la aplicación del triaje META en incidentes de múltiples víctimas

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Método Delphi con tres rondas con 18 médicos y DUEs con experiencia en META. Ronda 1: preguntas abiertas sobre las funciones en cada una de las fases de aplicación. Ronda 2: valoración de las 5 funciones más citadas en la ronda 1 con una escala Likert 1-5. Ronda 3: análisis y aprobación final de los resultados.

RESULTADOS:

Las funciones en la atención de enfermería en el triaje META identificadas como relevantes por los expertos fueron: Paso 1 del META: Detectar compromiso en la vía aérea, detectar compromiso en la ventilación, valorar estado hemodinámico, apertura vía aérea con tracción mandibular/Guedel y control de hemorragias, paso 2 del META: Identificar trauma penetrante con signos de shock, identificar trauma cerrado con signos de shock, control de hemorragia, priorizar rescate e inmovilización de pelvis, paso 3 del META: Apertura vía aérea con control cervical, manejo no avanzado de la vía aérea, control de hemorragias, vías venosas y volumen y exposición del paciente, y paso 4 del META: Vigilancia del paciente, identificar pacientes quirúrgicos, traslado del paciente grave y administración de fármacos.

CONCLUSIONES:

El proceso de aplicación del META permite el trabajo conjunto de personal médico y de enfermería, siendo posible la asignación de tareas específicas al personal de enfermería en cada uno de los pasos.

O-718

ACCIDENTES EN LAS ESTACIONES DE ESQUÍ ATENDIDOS POR LOS SVA DE LA ZONA

E Sierra Quintana, SA Batista Pardo, N López García, S Abella Barraca, P Benedé Ubieta, F Benjumea Fernández, E Gasca Pérez

061 Aragón

PALABRAS CLAVE: accidente de esquí-traumatismo craneoencefálico-fractura de pelvis**OBJETIVOS:**

Describir características y perfil de paciente atendido así como las lesiones que presenta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes atendidos por la UVI Jaca-UME Sabiñánigo que han sufrido un accidente en las estaciones de esquí de la zona durante las dos últimas temporadas. Se realiza un análisis del tipo de lesión y características clínico-epidemiológicas del paciente.

RESULTADOS:

Durante el periodo a estudio se atienden 87 pacientes (30 en 2015-16 + 57 en 2016-17), siendo el 20.43% de los avisos. La distribución de los avisos: 56.32% realizados por UME Sabiñánigo y 43.6% jaca. En relación a la distribución de accidentes según la estación en la que se producen: 42.52% Astún, 41.37% Formigal, 12.64% Candanchú, 3.44% Panticosa. Entre las 12:00-15:00 horas se produce el 60.35% de los avisos, siendo más frecuente 14:00-15:00 (23.30%) y 12:00-13:00 (22.07%). El 52.85% de los pacientes tiene una edad menor de 30 años, 8.04% menores de 10 años, 21.83% entre 10-19 y más frecuente 20-29 años 22.98%. La edad media es 30.93 años (DE17.1). El 57.5% son varones. Los TCE leve/moderados suponen el 36.78% de las lesiones, el 26.43% corresponde a politrauma/TCE grave, 11.49% patología médica (el doble que el año pasado). De forma aislada, el 48.27% son TCE (59.64% este año, más del doble), de ellos el 8.04% graves, 11.49% presentan fractura de pelvis, 5.74% fractura de fémur. El helicóptero sanitario fue requerido en un 18.39% de los pacientes para su traslado al hospital de tercer nivel dado la gravedad de las lesiones. Madrid, Aragón, País Vasco y Navarra son las comunidades de origen más frecuentes de los heridos.

CONCLUSIONES:

Más del 20% de los avisos durante la temporada de esquí corresponden a accidentes en estaciones. En la temporada actual se ha duplicado el número de avisos, siendo estos más graves. Los TCE graves se han triplicado y ha aumentando el porcentaje de menores de 10 años.





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

O-722

PARADA CARDIORRESPIRATORIA ATENDIDA.
SERVICIO DE EMERGENCIAS ALICANTE 2015

JM Adsuar Quesada, M Salinas Izquierdo, AB Corral Noguera,
MV González Tapia, CM Miro Domènech

Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante

PALABRAS CLAVE: out-of-hospital cardiac arrest-incidence-cardiopulmonary resuscitation

OBJETIVOS:

Analizar la incidencia de la PCRE atendida, los casos de reanimación no indicada y sus motivos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo prospectivo de las PCRE atendidas por las Unidades SAMU de la provincia de Alicante durante 2015. Se analizan los datos del registro de PCRE atendidas excluyendo la confirmación de fallecidos. El registro de PCRE sigue el modelo Utstein 2014 en la recogida de datos.

RESULTADOS:

Los casos registrados fueron 1.031 PCRE sobre una población de 1.885.047 habitantes que supone una incidencia de 53,47/105 habitantes. En 401 casos el equipo SAMU realizó maniobras de reanimación, de los cuales 51 fueron reanimaciones fútiles (no indicadas). 16 fueron PCRE ya reanimadas por intervinientes previos, y en 614, el equipo SAMU determinó no iniciar reanimación desde el principio. Las PCRE sin intentos de reanimación fueron 665 (64,5%). Los motivos de no reanimación fueron 120 casos (18,04%) de hora de PCR desconocida, 164 (24,66%) de presencia de una situación biológica previa comprometida, 154 (23,16%) con un intervalo excesivo sin SVB, 3 con órdenes de no resucitación o testamento vital (0,45%) y 55 (8,27%) donde se señala la opción otras causas. En 169 casos (25,41%) no se señaló la razón de no reanimar.

CONCLUSIONES:

La incidencia de la PCRE sigue por debajo de la mayoría de los estudios internacionales y son un gran número de casos donde no se realizan maniobras de reanimación (6 de cada 10), valores por encima de otros SEM sin médico a bordo. Las principales razones para no reanimar son una situación biológica previa comprometida, una hora desconocida de la PCR o un intervalo excesivo sin SVB previo, y el número elevado de 'otras causas' ha obligado a añadir nuevas motivaciones en el registro actual que ayuden a la comprensión de los casos sin intentos de reanimación.

O-723

DISTRIBUCIÓN DE DESA PÚBLICOS EN ALICANTE

Mi Moreno García de Dionisio, R Munera Escolano,
JL Muñoz Fernández, A Olaya Navarro

Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante

PALABRAS CLAVE: external defibrillators, automated-site selection-out-of-hospital cardiac arrest

OBJETIVOS:

Analizar la distribución de DESA en la provincia de Alicante.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo del Registro DESA de centros no sanitarios de 2007-2015 inclusive, sin datos de los instalados en 2010. Se ha aplicado la clasificación de espacios cardioprotectidos que otorga la SEMST (Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo). Los datos poblacionales se han obtenido del Censo demográfico del INE definitivo a 01/01/2016, sin contabilizar variaciones en periodo estival.

RESULTADOS:

En el Registro constan 250 unidades, el 57,2% se encuentran en ambulancias y puestos de socorro, de ellos 58,7% son propiedad de la empresa adjudicataria del transporte sanitario provincial y 40,5% pertenecen a asambleas locales de Cruz Roja. El resto se distribuye entre centros deportivos (10,4%), centros comerciales (5,6%), aeropuerto (5,6%), fábricas y empresas (5,4%) y en menor porcentaje: centros educativos, buques Balearia, edificios oficiales, campings/hoteles, policía local, urbanizaciones, domicilio particular y residencia asistida. La distribución DESA/habitantes según localidades arroja grandes variaciones, con algunos ratios excelentes (Onil-1/1.078 hab) frente a otros muy mejorables (Torrevieja-1/44.223hab). Aparecen 9 playas cardioprotectidas, 6 ciudades por la cardioprotección, 3 grandes espacios cardioprotectidos y 60 espacios cardioprotectidos.

CONCLUSIONES:

Si bien la distribución DESA es amplia a nivel asistencial y las ambulancias se encuentran bien distribuidas, en el ámbito no asistencial la distribución es muy irregular. Aunque existen 6 poblaciones catalogadas como municipios por la cardioprotección, todavía es necesario concienciar a ayuntamientos y empresas sobre la importancia de conseguir espacios cardioprotectidos, sobre todo en aquellos con mayor variación estival de población.



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

O-725

UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO (DESA) EN LA PROVINCIA DE ALICANTE

JL Muñoz Fernández, A Olaya Navarro, MI Moreno García de Dionisio, R Munera Escolano

Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante

PALABRAS CLAVE: out-of-hospital cardiac arrest-external defibrillators, automated-cardiopulmonary resuscitation

OBJETIVOS:

Análisis descriptivo del empleo del DESA en provincia Alicante en 2015 por parte de recursos de primera intervención sin médico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo prospectivo basado en el Registro Provincial de Datos de Uso DESA durante 2015. Los datos recogen asistencias a nivel rural y ciudades de la provincia de Alicante. Se excluye la capital por ausencia de registros fidedignos.

RESULTADOS:

Los casos recogidos de uso de DESA fueron 167, la mayoría, 161 (96,4%) por Unidades de Soporte Vital Básico (SVB), primer escalón no medicalizado del Servicio de Emergencias Sanitarias. Sólo 6 (3,6%) fue por parte de primeros intervinientes. Los SVB llegaron al lugar en menos de 5 minutos en 151 ocasiones (90%). En 31 casos (18,6%) los DESA aplicaron choque tras detectar ritmo desfibrilable. En 4 casos (2,4%) hubo recuperación de pulso. En 161 casos (96,4%) hubo continuidad asistencial por parte de Unidad Soporte Vital Avanzado (SAMU), y en 29 de éstos (17,4%) el paciente recupera pulso y es trasladado vivo a un centro hospitalario.

CONCLUSIONES:

El número de casos recogidos es aún bajo por parte de los servicios que utilizan DESA, quizás por falta de concienciación de la importancia del estudio y análisis de dicha información. El porcentaje de Paradas Cardiorrespiratorias (PCR) recuperadas exclusivamente por DESA es bajo (2,4%), pero unido a la acción de una unidad médica avanzada, hasta el 17,4% de los pacientes recupera pulso, por lo que el uso del DESA se puede considerar un elemento fundamental de la cadena de supervivencia en PCR.

O-726

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DURANTE LA ATENCIÓN A UNA EMERGENCIA EN EL ENTORNO NBQ (NUCLEAR-BIOLÓGICO-QUÍMICO)

P Arnillas Gómez (1), F Martín Rodríguez (1), V Casado Vicente (2), MA Castro Villamor (3), D Molinero Herguedas (4), C Escudero Cuadrillero (1)

(1) UME Valladolid I. GES. Sacyl. (2) Centro de Salud Parquesol. Valladolid. (3) Centro de Salud Delicias I. Valladolid. (4) Hospital Comarcal Medina del Campo. Valladolid

PALABRAS CLAVE: anxiety-symptom-hazmat

OBJETIVOS:

Cuantificar los signos y síntomas de ansiedad, a nivel fisiológico (físicos), a nivel cognitivo-subjetivo (psicológicos) y a nivel motor u observable (conductuales), durante el desarrollo de un caso clínico dirigido, en el entorno NBQ, con una duración de 30 minutos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuasi-experimental sobre 100 voluntarios elegidos aleatoriamente por conglomerados (estudiantes de medicina y enfermería, médicos y enfermeras de urgencias hospitalarias y emergencias sanitarias) a los que se mide signos y síntomas de ansiedad, al realizar un caso clínico dirigido, de posible Ébola, equipados adecuadamente.

RESULTADOS:

Nivel físico: sudoración 80.2%, tensión muscular 52.1%, cansancio 39.6%, sequedad de boca 37,5%, palpitaciones 29.5%, temblor 25%, tensión cervical 14.6%, tensión mandibular 13.5%, hormigueos 11.5%, tiritona 7.3%, dificultad para tragar 6.3%, tics 6.3% y dolor de pecho 5.2%. Nivel psicológico: dificultad para decidir 43.8%, preocupación 41.7%, temor a que perciban nuestras dificultades 40.6%, inseguridad 36.5%, dificultad de atención 27.1%, temor a perder el conocimiento 24%, sensación de peligro 21.9%, pensamientos negativos de las actuaciones sobre el enfermo 20.8%, pensamientos negativos 11.5%, miedo 9.4%, ganas de huir 5.2%, ganas de atacar 5.2% y despersonalización 5.2%. Nivel conductual: intranquilidad motora 51.0%, impulsividad 39.4%, hiperventilación 21.9%, paralizarse 20.8%, evitar situaciones 17.7%, ir de un lado a otro 14.6% y verborrea 13.5%.

CONCLUSIONES:

De los tres niveles en los que se expresa la ansiedad, el nivel psicológico predomina sobre los otros dos, la preocupación por el trabajo a realizar nos lleva a inseguridades y a estar pendientes de si el resto del equipo se dará cuenta de estas dificultades. A su vez esto conlleva déficit de atención y a tener dificultades para decidir. Físicamente la sudoración y tensión muscular, y conductualmente la intranquilidad motora aparecen en más de la mitad de los voluntarios.





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

O-735

UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA Y LOS PARÁMETROS ECOGRÁFICOS EN LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA NO INVASIVA DEL PACIENTE CRÍTICO EN URGENCIAS: ANÁLISIS PROSPECTIVO

J Armas Castro, J Real López, B Giménez Fernández,
L Fernández Calvo, J López Paterna

Hospital de Vinalopó. Alicante

PALABRAS CLAVE: capnografía-ecografía-hipotensión arterial

OBJETIVOS:

Determinar la utilidad de los parámetros de monitorización hemodinámica no invasiva en la valoración inicial del paciente crítico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio prospectivo transversal con 75 pacientes atendidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Vinalopó en el periodo Febrero 2016-Marzo 2017 que acudieron por inestabilidad hemodinámica de causa no traumática con hipotensión e hipoperfusión persistente. Se realizó valoración inicial con capnografía y protocolo de ecografía RUSH. Se empleó estudio de correlaciones según modelo estadístico de SPSS.

RESULTADOS:

Se realizó la valoración con capnografía y parámetros ecográficos en los primeros 15 minutos en 75 pacientes que acudieron al SUH por hipotensión persistente de causa no traumática. La edad media fue de 65 años (desviación estándar 9.3). Se correlacionó el valor inicial de la capnografía para la determinación de las curvas de ventilación alveolar con los parámetros de la ecografía pulmonar (líneas B en parámetros B3 y B7, líneas Z) con índice de correlación alto ($r = 0.56$, $p < 0.001$). La valoración de ambos parámetros permitió en el 35% de los pacientes estudiados el aislamiento de la vía aérea por fracaso de la ventilación mecánica no invasiva ($p < 0.05$). El empleo de la capnografía (EtCO₂ global) y los parámetros de contractilidad cardíaca, posición del septum y colapsabilidad y diámetro de la VCI permitió en un 23% de los pacientes el manejo invasivo con fluidoterapia de resucitación y la identificación de signos clínicos tempranos de claudicación ventricular ($r = 0.84$, $p < 0.001$). Durante la monitorización continua de la capnografía se detectaron causas de hipoxemia como: hipercapnia no permisiva, hipoperfusión por hipotensión secundaria y signos de claudicación ventricular.

CONCLUSIONES:

El uso de las curvas de EtCO₂ y los parámetros ecográficos según el protocolo RUSH constituyen un método de monitorización hemodinámica no invasiva fiable para la valoración inicial del paciente crítico con hipotensión persistente de causa no traumática.

O-739

LA HIPOCALCEMIA Y LA HIPERPOTASEMIA AL INICIO DE UNA PCR CON RITMO INICIAL DESFIBRILABLE SE CONFIGURAN COMO VARIABLES INDEPENDIENTES ASOCIADAS A LA REVERSIÓN O NO DEL RITMO, Y A LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA

E Corral Torres, MI Casado Flórez, RM Suárez Bustamante,
A Sanjuán Linares, R De Elías Hernández, C Barneto Valero

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-ventricular fibrillation-emergency medical services

OBJETIVOS:

Analizar los trastornos hidroelectrolíticos que se asocian a la refractariedad de los ritmos desfibrilables (FV/TVsp) en la PCRp.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Población de estudio: Pacientes atendidos en PCR, de origen médico con ritmo inicial desfibrilable, por un servicio de emergencias médicas prehospitalario (SEMp) durante los años 2012-2016. Las variables resultado: estado neurológico (valorado por escala Cerebral Performance Categories (CPC), considerándose buena recuperación neurológica los grados (I-II) y ROSC. Variable clasificadora: parámetros analíticos venosos al inicio de la reanimación: pH, Lactato, PCO₂, Exceso de Bases (EB), Bicarbonato, K⁺ y Ca⁺⁺. Se realizó un análisis multivariable mediante regresión logística binaria.

RESULTADOS:

Del total de 1387 PCR prehospitalarias de origen médico atendidas en esos 5 años, 554 (39.94%) tuvieron un ritmo inicial desfibrilable. Mediana edad: 61 años (IQR 51-74). El 87.4% (484) eran varones. 381 pacientes (68.8%) recuperaron pulso en escena, hasta el hospital. Los pacientes que tuvieron buena recuperación neurológica (CPC I-II) fueron 231 (41.7%). En el análisis multivariable respecto ROSC: la hipocalcemia (< 1.1 mmol/l) se constituye como variable independiente (VI) asociada a ROSC ($p = 0.05$, OR: 2.629), IC (1.348-5.125), mientras la Hiperpotasemia (> 5.5 meq/l) se asocia como VI a refractariedad ($p = 0.30$, OR: 0.417), IC (0.189-0.919). Del mismo modo, la administración de > 7 desfibrilaciones (OR: 4.518, $p = 0.00$), IC (2.232-9.145), se asocia al ROSC como VI. En ese modelo, con relación a (CPC I-II), Hiperpotasemia > 5.5 meq/l (OR: 0.279, $p = 0.23$) IC (0.93-0.839) y pH < 7.07 (OR: 0.430, $p = 0.06$) IC (0.235-0.787) se asocian como VI a refractariedad, mientras la hipocalcemia < 1.1 mmol/l ($p = 0.16$, OR: 2.737), IC (1.205-6.217) se asocia a buena recuperación neurológica. Parámetros no analíticos: 27 desfibrilaciones ($p = 0.00$) OR: 7.896, IC (2.520-24.743), y edad < 65 (OR: 2.370, $p = 0.00$) IC (1.546-3.634), se asocian como VI a buena recuperación neurológica.

CONCLUSIONES:

Los resultados indican la necesidad de una valoración, con objetivos terapéuticos, de los parámetros hidroelectrolíticos iniciales de la RCP. La hipocalcemia y la Hiperpotasemia, así como la acidosis metabólica severa, deberían tenerse en cuenta durante el manejo de una FV-TVsp refractaria a maniobras iniciales.





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

O-744

DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LA RESPUESTA A LA RCP
EXTRAHOSPITALARIA POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA DE
ANDALUCÍA

J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (1), JR Lacalle Remigio (2),
MA Espina Boixo (1), F Aranda Aguilar (1)

(1) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

(2) Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE: emergencias extrahospitalarias-parada cardiorrespiratoria-
resucitación cardiopulmonar

OBJETIVOS:

Analizar la influencia de la edad del paciente en la respuesta a las maniobras de resucitación cardiopulmonar a nivel extrahospitalario RCP_EH) por los equipos de emergencia del 061 Andalucía (EE).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes multicéntrico, analítico, prospectivo con inclusión consecutiva de pacientes mayores de 18 años, a los que se realizan maniobras RCP_EH por los EE, por presentar episodio de parada extrahospitalaria, de probable etiología cardíaca, durante el periodo 1 de septiembre de 2014 a 31 de agosto de 2015. La muestra queda conformada por los 967 pacientes.

RESULTADOS:

Son 324 (33.51%) los pacientes que llegaron con pulso al hospital (ROSC). Sólo consiguen el alta 115 (11.90%). Por tramos etarios, entre los 31 y los 40 años atendimos a 40 pacientes, consiguieron ROSC 17, el 42.5% y el alta 7, el 17.50%. En el grupo 41-50 años, 118 pacientes, ROSC 36.44% y alta 16.10%. Grupo 51-60 años: 205 pacientes, ROSC 35.12%, alta 14.14%. Grupo 61-70 años: 240 sujetos, ROSC 30.42%, alta 11.66%. Grupo 71-80 años, ROSC 31.14%, alta 8.33%. Mayores de 80 años 117 individuos, 36.75%, alta 7.7%.

CONCLUSIONES:

La PCR_EH presenta una elevada mortalidad in situ e intrahospitalaria. La franja etaria 61-70 años aparece como la de mayor riesgo. Clasificando los pacientes por grupos observamos que, aunque en las dos últimas décadas de la vida aumenta la probabilidad de ROSC, el éxito de las maniobras de SVA disminuye gradualmente in situ y al alta hospitalaria. La edad se nos presenta como un factor pronóstico en cuanto a resultados de RCP_EH.

O-745

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA IMPUTADA A LA PCR EN
PACIENTES REANIMADOS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO
POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA DEL 061 ANDALUCÍA

J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (1), JR Lacalle Remigio (2),
F Aranda Aguilar (1), MA Espina Boixo (1)

(1) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

(2) Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE: emergencias extrahospitalarias-parada cardiorrespiratoria-
mortalidad

OBJETIVOS:

Establecer el perfil de la mortalidad intrahospitalaria imputada a la parada cardíaca de los pacientes reanimados a nivel extrahospitalario por los equipos de emergencia del 061 Andalucía.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes multicéntrico, analítico, prospectivo con inclusión consecutiva de pacientes a los que se realizan maniobras resucitación cardiopulmonar en el ámbito prehospitalario por los equipos de emergencia del 061 Andalucía y recuperan la circulación espontánea in situ consiguiendo llegar con pulso al hospital. La muestra queda conformada por los 967 pacientes mayores de 18 años atendidos por presentar episodio de parada extrahospitalaria, de probable etiología cardíaca, que recibieron soporte vital avanzado por los equipos 061 durante el periodo 1 de septiembre de 2014 a 31 de agosto de 2015.

RESULTADOS:

Son 324 (33.51%) los pacientes que llegaron con pulso al hospital. Sólo consiguen el alta 115 (11.90%). Mueren durante su estancia hospitalaria 209 (21.63%). Hasta 76 pacientes (36.36%) fallecen en las primeras 24 horas. Antes del tercer día ya han muerto 121 (57.90%) y durante la primera semana 173 (83%).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes mueren durante el transcurso de las primeras 24 horas, casi el 40%, y en las primeras 72 horas ya fallecieron más de la mitad de los reanimados in situ por causas atribuibles a la PCR. La supervivencia de los post reanimados muestra una curva muy descendente y prácticamente lineal en las primeras 72 horas, disminuyendo la supervivencia al 56.48%. Posteriormente continúa la tendencia bajista, aunque no tan marcada siendo el 35.50% de los pacientes que llegaron con pulso al hospital los que consiguen el alta hospitalaria.





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

O-749

ANÁLISIS DE IMV EN HOSPITAL COMARCAL, ¿ESTAMOS PREPARADOS?: LUCES Y SOMBRAS

C Suero Méndez, D Moral Alguacil, I Gil Arrabal,
MJ Vázquez Rodríguez, D Martín Rol, MD Moreno Alés,
MJ Prados Bravo

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: incidente múltiples víctimas-emergencia-comarcal

OBJETIVOS:

Análisis de incidente de múltiples víctimas (explosión de bombona de gas en Feria de Vélez-Málaga en Octubre 2016) y actuación de equipos de emergencia y Hospital Comarcal de referencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Incidente con múltiples víctimas en área de influencia de Hospital Comarcal durante la Feria de Vélez-Málaga debido a explosión de bombona de butano en la cocina de un restaurante. Se produce asistencia inicial por equipos de extrahospitalaria y médicos/enfermeros que se encuentran en el lugar del incidente.

RESULTADOS:

En total, 57 víctimas son atendidas en el Hospital Comarcal en una franja horaria entre las 18:30 y las 21:30 horas, con el resultado final de 3 ingresos en UCI: contusión abdominal, contusión testicular y scalp y shock por onda expansiva sin daño orgánico, 2 traslados a cirugía plástica de Hospital de referencia (mujer con herida en cara) y Hospital Materno Infantil (niño con herida en párpado) y 2 ingresos en Hospital: Trauma con herida en codo y afectación de nervio cubital y en Pediatría niño de 11 años con herida en pierna/pie dcho.

CONCLUSIONES:

1) Se considera necesaria la creación de un Comité de Catástrofes con una serie de acciones concretas cuyos requisitos estarán basados en la norma ISO 14000 y serán la respuesta a situaciones de emergencia y accidentes reales 2) Realización de simulacros de catástrofes e incidentes de múltiples víctimas que proporcionarán formación y entrenamiento al personal del Hospital 3) Revisión de actuaciones realizadas por el Centro Coordinador, deficitarias en primera asistencia y muy efectivas en canalización de traslados 4) Análisis del Plan de Catástrofes (última revisión en el año 2010) 5) Implicación de los profesionales tanto médicos como enfermería y resto de personal no sanitario, incluso fuera de su horario de trabajo.

O-750

MEDICINA Y PUBLICIDAD: UN MUNDO POR EXPLORAR

MA Pérez Martínez (1), M Huertas Pérez (2),
MI Torrealba Rodríguez (1), R Hueso Pinazo (1), M López Pardo (1),
P Díaz Fernández (1), JF Salvador Suárez (1)

(1) Hospital Francisc de Borja. Gandía, Valencia. (2) Universidad de Castellón

PALABRAS CLAVE: resuscitation-health communication-advertising

OBJETIVOS:

Con el objetivo de fomentar la difusión sobre la importancia de las maniobras de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), se organizaron unas Jornadas en el Hospital Francisco de Borja en Gandía, Valencia, invitando a profesionales como el cuerpo de bomberos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante las jornadas, se repartieron una encuesta a los asistentes, en la cual se plantearon diferentes aspectos sobre RCP en su experiencia profesional, de 80 asistentes, se obtienen 54 encuestas, con 23 preguntas, se analizan los resultados con el programa spss.

RESULTADOS:

Sólo El 56% de los asistentes sabía que la OMS ha aprobado la Declaración de los niños salvan vidas y que recomienda una formación anual en RCP en niños de edad escolar sobre los 12 años. Al 90.2% de los encuestados les gustaría colaborar en iniciativas de formación en RCP a la población en general. En el 81.1% de los casos se desconoce si hay programas oficiales de formación a los niños en edad escolar.

CONCLUSIONES:

Debemos ser conscientes de que en nuestra profesión todavía la divulgación de nuestros propios avances y objetivos es deficitaria. La calidad del personal sanitario y no sanitario en relación a la RCP es excepcional y está dispuesto de forma altruista a utilizar su tiempo para la formación de la sociedad. Los programas escolares de formación en RCP deberían ser implementados y difundidos, solicitando la colaboración a los profesionales expertos. Podríamos utilizar nuevos métodos publicitarios para aumentar la conciencia médica y conocimientos en reanimación cardiopulmonar.



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

O-751

ENFERMOS TRAUMÁTICOS POTENCIALMENTE GRAVES.
IMPLANTACIÓN DEL PREAVISO POTENCIALMENTE GRAVE 15.1PCV Crespo Velasco, JM García De Buen, AF Casas Temprano,
C Sánchez Rodríguez, C Barneto Valero

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: supervivencia-lesiones-índices de gravedad del trauma**OBJETIVOS:**

Demostrar la importancia del preaviso como ¿paciente potencialmente grave? en el manejo hospitalario del paciente traumático. Determinar los criterios de Inclusión en este tipo de Preaviso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de 219 casos del año 2015 y 2016 de aquellos preavisos como ¿paciente potencialmente grave?, incluidos en las aplicaciones de seguimiento de SAMUR-PC Son Excluyentes los pacientes incluidos en el Código 15 y Código Trauma. Se analizó la presencia de lesiones graves en función del diagnóstico hospitalario, el mecanismo lesional, codificación inicial del incidente, alteraciones funcionales y diagnóstico de sospecha extrahospitalario de todos los pacientes.

RESULTADOS:

El 44% de los pacientes potencialmente graves presentan lesiones graves (aquellas que implican manejo en Unidad de Cuidados Intensivos). El Traumatismo Craneoencefálico Moderado se relaciona con lesiones graves ($p = 0.02$), así como el paciente precipitado > 2 m ($p = 0.034$), el paciente arrollado ($p = 0.022$), quemado s($p = 0.023$), La Frecuencia Cardíaca > 89 ($p = 0.037$), Frecuencia Respiratoria > 20 ($p = 0.047$), Extracción de un Vehículo > 20 minutos ($p = 0.014$) y la presencia de accidente de moto asociado a lactato igual o mayor a 4 ($p = 0.006$).

CONCLUSIONES:

Existe un elevado porcentaje de pacientes que no son trasladados con criterios de Politraumatizado que acaban presentando lesiones o complicaciones graves en el Hospital. Esto pone en relevancia que la implantación del preaviso potencialmente grave mejora el manejo avanzado de pacientes que sin él, no se beneficiarían de una atención prioritaria, exponiéndose a retrasos en el diagnóstico y tratamiento. Es posible determinar aquellos factores que más se han relacionado con la gravedad de los pacientes trasladados, así como poder considerarlos como criterios de Inclusión de este preaviso para su correcta implantación en los servicios de emergencia extrahospitalarias. La Implantación de un preaviso como potencialmente grave permitirá detectar precozmente en el hospital lesiones graves al menos en un 44% de éstos, evitando el aumento de comorbilidades en los pacientes traumáticos y reduciendo los tiempos de asistencia inicial.

O-761

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO Y LIDERAZGO
EN LA RCPN Morera Sendra, M Requena Saiz, M López Pardo, C Ríos Pérez,
E Benavent Giménez, R Chaveli Serra, A Pérez Martínez

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-leadership-hospital rapid response team**OBJETIVOS:**

La finalidad del trabajo es conocer la autopercepción de la realización del trabajo en equipo y el reconocimiento de la figura del líder, para mejorar la asistencia a la RCP.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

De 80 asistentes, se obtuvieron 53 encuestas. Contestadas por 24 enfermeros/as, 15 médicos/as, 14 técnicos en transporte sanitarios, auxiliares de enfermería y policías. En dichas encuestas se plantearon diferentes aspectos sobre RCP en su experiencia profesional. Una de las preguntas trataba sobre el trabajo en equipo y la figura del líder en la RCP. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa SPSS.

RESULTADOS:

Tras el análisis de las encuestas, todos los participantes pensaban que se trata de un trabajo en equipo, mientras que el 73.6% de éstos creía que dicho trabajo en equipo se realiza de forma correcta. Sin embargo, 25 de ellos (47.2%) pensaba que no estaba clara la figura de líder en la RCP. En Atención Primaria, está menos definida que en el Hospital y que en el Servicio de Emergencias Extrahospitalario.

CONCLUSIONES:

Formar a líderes de equipo designados para la RCP mejora el desempeño del equipo. El énfasis en la formación y capacitación del papel del líder en la RCP es beneficioso en servicios de Emergencias Extrahospitalarias y Urgencias Hospitalarias. La coordinación del equipo y alcanzar un consenso durante la RCP mejora los resultados médicos. Son fundamentales habilidades como comunicación, negociación, experiencia profesional/personal y empatía con los pacientes/compañeros, con el fin de estructurar efectivamente la asignación de sub-tareas y optimizar el éxito. El liderazgo de médicos experimentados y enfermeras es necesario y grandes esfuerzos deben realizarse con respecto a la educación multidisciplinaria. Se necesitan más estudios sobre los efectos de las interacciones del equipo en el desempeño de la RCP.





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

O-762

REANIMEMOS BIEN, ¿ESTAMOS A TIEMPO?

**M Font Bosch, P Navarro González, M Such Aparicio,
A Pérez Martínez, C Pérez Benito, F Salvador Suárez,
M Solera Suárez**

Hospital Francisc de Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-perception-time

OBJETIVOS:

Se pretende conocer si se percibe que las maniobras de reanimación se realizan con la técnica correcta y en los tiempos establecidos con la finalidad de realizar autocrítica para plantear mejoras en el abordaje.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En el hospital comarcal con 289 camas se realizaron jornadas sobre reanimación cardiopulmonar donde se invitaron sanitarios de atención primaria, hospitalarios, S.A.M.U, bomberos y policías. Se repartieron encuestas con 28 preguntas sobre diversos aspectos de la RCP, se recogieron 54 en formato papel, se realizó análisis de los datos mediante el programa spss v 22.

RESULTADOS:

El 58.5% de los encuestados piensa que podemos realizar masaje cardiaco de calidad ininterrumpido, con 5-6 cm de profundidad y a 100-120 pm. Sin embargo, sólo el 50.9% realiza pausas de menos de 5 s en masaje para realizar desfibrilación. El 45.3% piensa que es factible realizar desfibrilación antes de los 3 minutos de iniciada la PCR. Sólo un 22.6% utiliza el capnógrafo. El 55.6% no tiene dificultad para mantener vía aérea permeable. Sólo uno tenía acceso a la ecografía durante la PCR.

CONCLUSIONES:

El comienzo precoz de las maniobras de resucitación y una alta calidad en el masaje cardiaco son esenciales en la supervivencia tras una PCR, nuestros resultados, indican que deberíamos esforzarnos con programas de entrenamiento para conseguir una óptima calidad percibida. Las pausas durante la realización del masaje deberían minimizarse. Según las últimas recomendaciones deberíamos implementar el uso del capnógrafo y ecocardio durante las maniobras de PCR. Tras revisión bibliográfica, hemos observado la originalidad de este estudio puesto que los artículos en relación a la percepción individual sobre los objetivos en tiempo y calidad son escasos. Se debería mejorar la capacitación del personal que interviene así como implantar las medidas oportunas para conseguir una RCP de calidad. Serían necesarios nuevos estudios aumentando la muestra, realizando grupos más homogéneos y tratando de comparar entre los distintos grupos.

O-763

NUEVOS OBJETIVOS: PRESENCIA FAMILIAR EN RCP

**E Benavent Giménez, M Fortuny Bayarri, A Pérez Martínez,
M García Moya, J Salgueiro Ruiz, E Riera Perelló, E Pérez Lucio**

Hospital Francisc de Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-family-observation

OBJETIVOS:

Conocer si para los profesionales sanitarios la presencia de familiares del paciente durante RCP es positiva.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En una jornada se reúnen profesionales interesados en RCP en el Hospital Francisco de Borja en Gandía: bomberos, policía, médicos, enfermeros de Urgencias y Atención Primaria, técnicos de emergencias sanitarias, SAMU, etc. De 80 asistentes, se obtuvieron 53 encuestas en formato papel se realizó análisis de los datos mediante el programa spss v 22.

RESULTADOS:

El 35.8% pensaba que los familiares y testigos podrían presenciar la RCP independientemente de donde se llevaran a cabo. El 64.2% restante piensan que las maniobras no deben ser presenciadas por familiares. El 58.5% piensa que actualmente no estamos preparados para realizar maniobras de RCP en presencia de familiares.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los encuestados no es partidario de la RCP presenciada. Un buen entrenamiento y autoconocimiento en RCP contribuiría a la seguridad en la actuación y a no temer a espectadores mientras trabajamos. Todavía queda investigar las causas por las cuales los profesionales prefieren la RCP no presenciada y trabajar en dichos motivos, pues se han demostrado los beneficios para la familia, que son en definitiva los afectados. No olvidemos que nuestro trabajo es para su beneficio.



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

O-764

SISTEMA DE INFORMACIÓN TÁCTICA ACTUALIZADA SAMUR (SITAS)

CG Moro Fabián, JA Alba Suárez, P Vico Fernández,
A Coronado Colera

SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

PALABRAS CLAVE: mass casualty incidents/incidentes con víctimas en masa-
emergency operations center/centro de operaciones de emergencia

OBJETIVOS:

Analizar la viabilidad del SITAC como sistema de respaldo / apoyo para la gestión de Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV) vía radio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo del SITAC como sistema complementario para la gestión de IMV, desde Enero a Marzo de 2017. Variables analizadas: • Elevado volumen de comunicados vía radio. • Similitud de cometidos entre un Controlador Aéreo y un Técnico de Emergencias gestor de Recursos. • Alto grado de responsabilidad y necesidad de una rápida toma de decisiones. • Conocimiento en tiempo real de Tipología, Número, Ubicación, Origen y Destino de Unidades. • Control de la situación • Flexibilidad del sistema • Dificultad de utilización.

RESULTADOS:

El SITAC permite: • La gestión de IMV en caso de caída del sistema informático • Cálculo / recuento instantáneo de recursos utilizados • Mapa visual de localización de recursos. • Conocimiento en tiempo real de Tipología, Número, Ubicación, Origen y Destino de Unidades en medio del caos.

CONCLUSIONES:

Según Simulación en condiciones reales: • Soporta un alto flujo de tráfico y saturación en radio. • Sistema eficaz de apoyo en tiempo real. • Sistema flexible en función de necesidades y evolución del IMV. • Sistema Intuitivo y fácil de manejar con una mínima formación y entrenamiento. • Posibilidad de realizar versión portátil en formato portfolio para el Puesto de Mando Avanzado (PMA). • Posibilidad de incluir recursos supramunicipales (Nivel Autonómico, Nacional, Internacional) • Bajo coste • Facilidad de realización.

O-766

HERRAMIENTA PARA PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO SANITARIO EN EVENTOS DE RIESGO PREVISIBLE

MA Heredero Rodríguez, C Feital García

SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

PALABRAS CLAVE: planificación-análisis riesgos-servicio emergencias médicas

OBJETIVOS:

El presente trabajo pretende conseguir un método objetivo cuantitativo que permita planificar recursos asistenciales adecuados y proporcionales a los riesgos valorados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en base a la revisión de los riesgos detectados en eventos cubiertos por un servicio de emergencias (SEM) prehospitalario, en la ciudad de Madrid, en los años 2011 al 2015. Variables estudiadas: relación entre riesgos detectados en eventos y su importancia cuantitativa, de forma individual y colectiva y verificar su correlación con los recursos asistenciales asignados.

RESULTADOS:

Se consigue agrupar los riesgos tipo que influyen en el análisis sanitario de un evento que son comunes a todos ellos: • Evento (Tipo, lugar de realización, entorno, accesos, duración, franja horaria, antecedentes, protagonistas, ubicación, Modelo organizacional). • Población (Número, comportamiento previsible, disposición, confinamiento, edad y grupos de riesgo). • Externos (Climatología, accesos, venta/consumo alcohol, presencia drogas, tipo hospitales de traslado, tiempos de traslado, Alerta antiterrorista). Se detecta que hay ítems a estudiar que reducen los niveles de riesgo y que deben restarse al sumatorio anterior (Señalización eficiente, implantación de información sanitaria para los participantes o espectadores, Circuito cerrado de Televisión, agua potable suficiente). Se agrupan los riesgos en cuatro grandes grupos, bajo, medio, alto y extremo. Se observa que para poder planificar recursos sanitarios según los niveles de riesgo se hace necesario además, interrelacionar el n.º de participantes o espectadores para cada evento con los niveles de riesgo estudiados.

CONCLUSIONES:

Se puede hacer un análisis de riesgos sanitario cuantitativo en eventos de riesgo previsible. Dicha matriz puede adaptarse, a las características de cada SEM, a la zona de influencia de dicho servicio e incluso a los eventos peculiares de la zona. Se puede planificar recursos asistenciales tipo, según riesgo y población en eventos de riesgo previsible.



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

O-767

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN PARADAS
CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR SAMUR-PC

A Ramos Díaz, E Jiménez Hijosa, I Ilzarbe Ucelay,
O Allas Martín, JD Pasalodos Sanguino, A Osorio Gozalo,
V Fernández de Córdoba González

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: participación ciudadana-RCP-cardiac arrest

OBJETIVOS:

Estudiar las PCR atendidas por un servicio de emergencias médico (SEM) prehospitalario (Samur-Pc), en las que un ciudadano inicia las maniobras de RCP.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: PCR atendidas por un servicio de emergencias médico (SEM) prehospitalario en la ciudad de Madrid, desde los años 2012-2016. Variables clasificadora: rescatador lego. Variables resultado: complicaciones a las 6 y 24 horas, supervivencia a las 6, 24 horas, supervivencia a los 7 días, recuperación circulación espontánea. Otras variables independientes: uso de desfibrilador externo semiautomático (DESA), ritmo de parada.

RESULTADOS:

824 informes de las paradas cardiorrespiratorias una tendencia de aumento de la participación de personal lego en los últimos 5 años. En el 46,3% de las paradas cardiorrespiratorias recuperadas han participado legos ($P = 0.024$) En los avisos en los que participa un reanimador lego, un 43% de los pacientes consigue superar las 6 horas de supervivencia ($P = 0.010$), además de observarse una menor incidencia de complicaciones a las 24 horas ($P = 0.019$), no se observa significancia a los 7 días ($p = 0,081$). Por otra parte no se obtuvo ninguna significancia respecto al uso DESA y la desfibrilación con la participación de los ciudadanos en la parada cardiorrespiratoria. ($P > 0.05$).

CONCLUSIONES:

Se puede observar la importancia de la implicación del ciudadano lego en la PCR puesto que va a repercutir en la supervivencia y posteriores complicaciones del paciente. Programas como el Equipo de Formación a la Ciudadanía de SAMUR-Protección Civil tiene como objetivo formar a los ciudadanos para la detección de la PCR y el inicio precoz del masaje cardíaco y el uso del DESA. El programa alertante de samur-pc, formó en el periodo de este estudio a 145.891 ciudadanos en 3.082 cursos y eventos.

O-769

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME *BURNOUT* EN
ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A Marín Ramírez, C Vélchez Rodríguez, F Moreno Collado
Cruz Roja Española

PALABRAS CLAVE: risk factors-burnout-nurse emergency

OBJETIVOS:

Analizar cuáles son los factores de riesgo de aparición del Síndrome Burnout en enfermería de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión en las bases de datos Pubmed y Cochrane. La ecuación de búsqueda se llevó a cabo mediante operadores booleanos y de truncamiento, y los descriptores en ciencias de la salud: Risk Factor, Nurse, Burnout y Emergency. Se incluyeron trabajos publicados los últimos 5 años en inglés y español. Y se excluyeron trabajos que analizaban el burnout en otras categorías profesionales.

RESULTADOS:

Se identificaron 12 estudios, de los que se seleccionaron 8 por cumplir nuestros criterios de inclusión. Tras la lectura y análisis de los artículos se obtuvieron como resultados factores individuales y laborales relacionados con el Burnout.

CONCLUSIONES:

Hay una alta prevalencia de Burnout en enfermería de urgencias. Los factores de riesgo más importantes son las condiciones del lugar de trabajo, contratos temporales, relación con los compañeros, conflictos interpersonales, violencia en el trabajo, toma de decisiones éticas, sobrecarga de trabajo, turnos de noche y rotatorios o salarios bajos. Es importante seguir con esta línea de investigación ya que es imprescindible que los enfermeros tengan una salud adecuada tanto física como mental para dar una atención de calidad a los pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-660

PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA EN SERVICIO DE URGENCIAS

A Montero Salinas, M Pérez Ramos, C Barcia de Vicente,
A Gómez Blanco, B Pedrouzo Roca, P Mayán Conesa

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

PALABRAS CLAVE: paro cardíaco-obtención de tejidos y órganos-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Analizar los resultados del programa de DA no controlada (DANC) en el CHUAC de cara a poder establecer las bases para el desarrollo de programas de DANC en otros servicios de urgencias hospitalarios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo y retrospectivo de los donantes efectivos en asistolia provenientes del servicio de Urgencias tras 13 años de actividad. Protocolo CHUAC Cuando el paciente es traído al Servicio de Urgencias por Emergencias Extrahospitalarias y una vez se certifica el fallecimiento del mismo por el facultativo de Urgencias, se establecen 5 minutos de observación. Tras este periodo, inicia su participación el Coordinador de Trasplantes, iniciándose medidas de mantenimiento (cardiocompresiones de calidad y oxigenación a través de tubo orotraqueal). Se toman muestras para la validación del potencial donante (hemocultivos, urocultivo, serología, aspirado bronquial, etc). En la actualidad, la recuperación de los órganos abdominales se realiza con recirculación en normotermia (RCNT), para ello, se coloca un catéter arterial femoral y otro venoso así como un catéter de Fogarty en arteria contralateral. Finalmente, se inicia la RCNT con seriación de gasometrías, enzimas hepáticas y ácido láctico, y resolución de complicaciones que puedan presentarse. En caso de resultados favorables y consentimiento familiar, se procede a la extracción.

RESULTADOS:

En los últimos 13 años se realizaron un total de 20 DANC: 9 tipo I (45%) y 11 tipo II (55%). La edad media de los donantes fue de 47,70 años, con mayor proporción de hombres (70%). Fueron extraídos 20 hígados (13 implantados), 40 riñones (26 implantados), 34 córneas, 2 válvulas y 11 donantes de hueso.

CONCLUSIONES:

El conocimiento sobre la posible donación tras una parada cardiorespiratoria irreversible es la base de la DA. El establecimiento del protocolo de DANC en nuestro hospital ha aumentado el número de donantes eficaces, con buenos resultados. Este protocolo puede ser extrapolado a otros hospitales con programa de donación para su posterior desarrollo.

P-661

TRANSPORTE SANITARIO AÉREO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

A Fernández Falces, P Carrera Marín, P Maraví Artieda, M Díaz Noaín,
MJ Moreno Arriola, B Robador Llorente

UVI-Móvil Osasunbidea

PALABRAS CLAVE: ambulancias-helicóptero-atención prehospitalaria de urgencia

OBJETIVOS:

Describir la actividad del helicóptero medicalizado en Navarra y valorar la ganancia de tiempos (helitransporte vs. transporte terrestre) en las patologías tiempo dependientes en los últimos 6 años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo desde enero del 2011 hasta diciembre del 2016 inclusive, analizando los datos recogidos en las bases de datos de SOS Navarra y la empresa concesionaria del helitransporte. Descripción del número y motivo de movilizaciones, zona geográfica, día, hora, mes, edad y comparativa de los tiempos estimados de llegada del recurso de SVA por carretera y por aire.

RESULTADOS:

Número movilizaciones totales :610. Las horas de movilización más frecuentes son de 12:00-14:00 (23,11%), siendo el fin de semana los días de más atenciones (Sábado 16,36% y Domingo 23,77%). Durante los meses de verano se atienden el 50,64% de los avisos. El grupo de edad que con mayor frecuencia se ha atendido son los de 40-65 años(34,91%). El 64,75% de las atenciones corresponden a patologías tiempo-dependientes: traumatismos accidentales 23,77%, accidentes de tráfico 12,78%, ACV (Accidente cerebrovascular) 10,98%, SCA (Síndrome coronario agudo) 9,34%, Accidentes laborales 4,09% y otros 3,1%. En la comparativa que hemos realizado por tierra y por aire, el tiempo de llegada al paciente con patología vascular disminuiría hasta en 34,23 minutos y el tiempo total de llegada al hospital en 72,05 minutos. Respecto a la patología traumática los tiempos ahorrados son 33,31 y 70,50 minutos respectivamente.

CONCLUSIONES:

El número de movilizaciones ha ido progresivamente aumentando desde 2011 hasta triplicarse en 2016, el tiempo ahorrado en los traslados justifica claramente el mayor uso de este recurso, ya que es esencial para disminuir la morbimortalidad de dichos pacientes.



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

P-663

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS EXTERNAS EN MÉDICOS RESIDENTES

J Mateos Lorenzo (1), N Fernández Vidal (1), C Vázquez Corveiras (2), R Navarro Patón (3), M Freire Tellado (4), B Burgos Castro (1)

(1) Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia. Base 061 Foz.

(2) Ambulancias Salutrans. 061 Galicia. Lugo. (3) Facultad de Formación del Profesorado de Lugo. Universidad de Santiago de Compostela. (4) Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia. Base 061 Lugo

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-masaje cardiaco-medicina familiar y comunitaria

OBJETIVOS:

Valorar la calidad de las compresiones torácicas de los médicos residentes de la unidad de medicina familiar y comunitaria de Lugo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de los siguientes parámetros de RCP: profundidad media de la compresión (PMC), porcentaje de re-expansión correcta (PRC), ratio compresiones por minuto (RCM), porcentaje de compresiones correctas (PCC) realizadas sobre un maniquí ResusciAnne con el programa SkillReporter de Laerdal (Norway) durante 2 minutos de compresiones cardiacas continuas.

RESULTADOS:

Participaron 43 médicos, 9 hombres (20,9%) y 34 mujeres (79,1%). Los parámetros de compresiones fueron: PMC total (M = 50,27, DE = 10,73), PMC hombres (M = 56,66, DE = 6,20), PMC mujeres (M = 48,58, DE = 10,46), PMC R1 (M = 48,75, DE = 11,63), PMC R2 (M = 47,75, DE = 10,60), PMC R3 (M = 55,85 DE = 3,53) y PMC R4 (M = 51,08, DE = 10,66). RCM total (M = 107,51, DE = 10,78), RCM hombres (M = 108,66, DE = 11,85), RCM mujeres (M = 107,20, DE = 10,66) PRC total (M = 83,30, DE = 25,42), PRC hombres (M = 67,66, DE = 36,14), PRC mujeres (M = 87,44, DE = 23,10), PCC total (M = 60,32, DE = 42,25), PCC hombres (M = 86,88, DE = 29,82), PCC mujeres (M = 53,29, DE = 42,57) Las diferencias fueron significativas entre hombre y mujeres en PMC ($p = 0,007$), PRC ($p = 0,036$) y PCC ($p = 0,014$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros registrados según año de residencia.

CONCLUSIONES:

Los residentes de la unidad lograron una profundidad media de 50,27 mm, dentro de lo recomendado en las guías. El 60,32% de las compresiones cumplieron todos los parámetros de calidad de compresiones. El sexo masculino se asoció positivamente con diferencias significativas en la profundidad y porcentaje de compresiones correctas y negativamente en el porcentaje de re-expansión completa.

P-664

HOSPITAL CARDIOPROTEGIDO

I Requena Palomares, M Fernández Jiménez, O Flores Lledo, B Carrión Pleguezuelos, E Dengra Guijarro, A Guallar Abadia

Fundació Sant Joan de Déu. Barcelona

PALABRAS CLAVE: hospital-cardiorespiratory arrest-cardio-protected

OBJETIVOS:

Estratificar las diferentes áreas de riesgo del Hospital para adecuar los recursos de reanimación cardiopulmonar.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Realizar formación a todo el personal sanitario y no sanitario del Hospital con cursos adecuados a sus puestos de trabajo, categoría profesional y riesgo de PCR: Soporte Vital Avanzado (SVA), Soporte Vital Básico con desfibrilador semiautomático (SVB+DESA) y Soporte Vital Básico (SVB). Ésta estará garantizada cada 3 años y estará acreditada pos el Consell Català de Ressuscitació.
- Implantar DESA y monitores desfibriladores en número y ubicaciones adecuadas. La ubicación de diferentes equipamientos se realizara de acuerdo con el mapa de riesgo a padecer un PCR, éste establece tres niveles, elevado, medio y bajo riesgo.
- Crear un Equipo de SVA con el fin de centralizar la atención, que estará formado por (Pediatra, Internista, Anestesiista y Enfermera de Urgencias).

RESULTADOS:

1: Formación: En el 2016 se realizó formación a 61 profesionales en SVA y 271 en SVB+DESA. El resto de personal pendiente de formación esta prevista realizarla en 2017, 64 profesionales de SVA (no forman parte del Equipo de SVA) i 70 en SVB. 2: Equipamiento en PCR: Gasto antes del proyecto: • Carro de PCR : 1994,99* 7 unidades:13694,93? • Monitor Desfibrilador: 6532*7 unidades:45778? Gasto con la implantación del proyecto: • Monitor desfibrilador: 6532* 1 unidad: 6532? • Maleta de PCR: 200? • DESA:1331*7 unidades: 9317? Coste de oportunidad: Es de 43694? es el resultado de la visión del nuevo proyecto de implantación de DESA en el Hospital, ya que no todas las unidades tiene que estar dotadas de material de SVA.

CONCLUSIONES:

- Mayor eficacia en la respuesta de un PCR.
- Adecuación del impacto económico.
- Formación continuada en Soporte Vital.
- Elevado grado de satisfacción de los profesionales. Queremos comunicar que este proyecto se presentó en el primer Congreso de Infermería Directiva de Cataluña el 27-28 Octubre 2016 en Barcelona, pero creemos que lo tenemos que presentar en el Congreso nacional SEMES por ser un proyecto innovador y relacionado con la urgencia y la emergencia.



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

P-665

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA TERAPIA ECMO COMO TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO EN LA PCR REFRACTARIA

Y Rodríguez Poy (1), P Cordero Carnicero (2), D Martín Reyes (3)

(1) Hospital Universitario La Paz. Madrid. (2) Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. (3) Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: paro cardíaco extrahospitalario-oxigenación por membrana extracorpórea-atención prehospitalaria**OBJETIVOS:**

Describir la actual situación con respecto a la utilización de la membrana de circulación extracorpórea en el ámbito extrahospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

se realiza una revisión bibliográfica durante los meses de julio y agosto de 2016, a través de las palabras clave Out-of-Hospital Cardiac Arrest, Extracorporeal Membrane Oxygenation, Emergency Medical Services. La población de inclusión son personas de más de 18 años y paro cardíaco refractario extrahospitalario. La elección de los artículos se realiza en función de la fecha de publicación, siendo los últimos 6 años, y el impacto de las revistas en las que se ha publicado.

RESULTADOS:

La mayoría de estudios hablan de la realización de la técnica arteriovenosa para la terapia ECMO en el medio hospitalario tras producirse el paro extrahospitalario. Los datos encontrados en cuanto al éxito de ésta han demostrado que no ha resultado tan efectiva en comparación con los paros intrahospitalarios. El tiempo hasta la implantación de la terapia, aumenta considerablemente en relación a los paros hospitalarios, lo que se ha sugerido como posible variable a la hora de justificar los malos resultados en cuanto a la supervivencia. No se han encontrado estudios que tengan como objetivo la evaluación del estado neurológico como tal. Por otro lado, la realización de la terapia ECMO en el medio extrahospitalario es novedosa y como tal no están descritos numerosos casos. En los artículos encontrados, la canalización arteriovenosa trató de realizarse en un periodo de tiempo menor. En algunos de los casos descritos, la terapia fue efectiva conservando la función de todos los órganos.

CONCLUSIONES:

Las guías encontradas otorgan a dicha terapia una recomendación clase IIb, dada su falta de evidencia. Por ello, se propone la realización de estudios basados en la valoración de la supervivencia, así como la valoración del estado neurológico.

P-666

DESMITIFICANDO LA LUNA LLENA

M Alcoverro Faneca, I Branchat Martínez, T Subirats Gómez, S Llombart Calvet, M Vericat Ramírez, J Pey Puey, G Año Forcadell

SEM/Hospital Comarcal Impost

PALABRAS CLAVE: autolisis-cosmobiológico-horario**OBJETIVOS:**

Analizar el perfil de la persona suicida, mecanismo lesional, estación y horario en el que se realiza la acción. Identificar la posible relación cosmobiológica como factor de la autolisis.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos atendidos en la unidad de emergencias médicas E600 de l'Aldea (Tarragona), 1 agosto 2013 al 30 setiembre 2016, mediante la revisión de los informes asistenciales y un calendario lunar.

RESULTADOS:

Muestra 54 casos, el 81,48% no consumaron el suicidio. Sexo: 55,55% hombres. Edad: menor de 18 años representan el 3,70%, 19-35 años: 14,81%, en 36-55 años: 62,95%, 56-65 años: 3,7% y mayor de 65 años: 14,84. Un 68,52% tienen antecedentes psiquiátricos. El mecanismo lesional: 53,70%, la ingesta medicamentosa, 7,40% arma blanca, 18,51% ahorcado, 14,81% precipitados, ingesta de tóxicos 5,5%. El 79,62% se produjeron en horario diurno 8-22 h. Factores cosmobiológicos: estación año: 44,44% verano, 31,48% primavera, 12,96% invierno, 11,11% otoño. Fases lunares: luna creciente: 62,96%, luna menguante: 29,62%, luna llena: 7,40% luna nueva: 0%.

CONCLUSIONES:

El perfil suicida de nuestro estudio no muestra diferencia significativa de sexo. Destaca un porcentaje elevado de casos comprendido entre 36-55 años, más de la mitad tiene antecedentes psiquiátricos previos. La ingesta medicamentosa es el mecanismo lesional utilizado mayoritariamente. Aunque el único letal es el ahorcamiento. Las estaciones del año con más horas de sol y la franja horaria diurna es donde predominan los intentos de autolisis. A pesar del mito que la luna llena influye en el estado psíquico de las personas que realizan un intento de autolisis, se concluye que un porcentaje de intentos muy bajo se produce bajo el efecto de esta y que por el contrario, es en luna creciente cuando hay más intentos.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-667

PERFIL ESTADÍSTICO DE LOS DONANTES EN ASISTOLIA DE SAMUR-PC. UNA VALORACIÓN DE TRES AÑOS

F Torres García (1), J Morillo Rodríguez (1), D Martín Reyes (2),
A Verdú Verdú (2), F Torres García (2)

(1) Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (2) SAMUR-Protección Civil.
Madrid

PALABRAS CLAVE: out of hospital cardiac arrest-donors-emergency medical services

OBJETIVOS:

Describir los rasgos estadísticos del DA atendido por un servicio de emergencias médicas prehospitalario (SEM), en la ciudad de Madrid.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes tipificados como DA, tras ser infructuoso el SVA por un SEM en la ciudad de Madrid, desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2016. Variables analizadas: demográficas, variables clínico-analíticas y exclusión de donación.

RESULTADOS:

El número de PCR en los tres años ha sido de 925, de ellos, DA fueron 53 (44 hombres y 9) mujeres, con edad media fue de 48,6 años (DE 9.3). La explantación más habitual fue la de riñón, seguido de tejidos, córneas y huesos. En la valoración de las causas de exclusión de la donación la más frecuente ha sido la negativa familiar, lo que ha provocado la pérdida de 13 donantes. Los datos analíticos de estos pacientes en el inicio de la asistencia, no obtuvieron diferencias estadísticas respecto al resto de las paradas atendidas en el mismo periodo, aunque evolucionaron hacia valores más normalizados en la finalización de la asistencia extrahospitalaria que las paradas no recuperadas.

CONCLUSIONES:

El donante a corazón parado tipo durante el periodo de estudio, es un varón de 48 años del que principalmente se han extraído huesos y tejidos, con unas determinaciones analíticas iniciales parejas a las de los pacientes en PCR atendidos por el Servicio. La negativa familiar ha sido la cusa principal de la no extracción de órganos. Se debería realizar una información a la población general en donación más completa, para evitar la pérdida de órganos en pacientes con estas características tan ideales para la donación.

P-668

UNA VALORACIÓN DE TRES AÑOS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS POR SAMUR-PC

A Verdú Verdú (1), D Martín Reyes (1), F Torres García (2),
J Morillo Rodríguez (2), A Casas Temprano (2), A Verdú Verdú (2)

(1) Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (2) SAMUR-Protección Civil.
Madrid

PALABRAS CLAVE: out of hospital cardiac arrest-survival-emergency medical services

OBJETIVOS:

- Describir el perfil estadístico sociodemográfico de los pacientes atendidos en SAMUR-PC por PCR. - Analizar la incidencia de las PCR y evolución según seguimiento de SAMUR-PC a las 6 y 12 horas, a los 7 días de la asistencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional en el que se realizó una revisión de los informes codificados como PCR. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Los datos se obtuvieron de los informes clínicos y seguimiento del preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

Las PCR cardíacas (N = 925) en el servicio SAMUR-PC durante los años 2014-2016 muestran resultados de : Exitus N = 380(41%), Donantes en asistolia N = 53 (8,13%), PCR recuperadas N = 486 (52,5%) De las PCR recuperadas (N = 487): Exitus a las 6 horas N = 106(22%). Exitus a las 24 horas N = 46(9%). Exitus a los 7 días N = 99(20%). Supervivientes a la semana tras PCR recuperada N = 236(49%). El género con más incidencia de PCR en asistencia extrahospitalaria en medio urbano correspondiente a vía pública es el masculino (N = 725) mujeres/hombres (%):(21,62/78,38). Media de edad general 63,88 (DE 17,3) años. La gran parte de estas asistencias en vía pública se encuentra entre las 11-12 horas a.m. situándose durante ese periodo de tiempo una media de 82 (DE 2) paradas cardiorrespiratorias atendidas.

CONCLUSIONES:

Según los resultados de esta valoración el paciente tipo atendido por Parada cardiorrespiratoria en SAMUR-PC es un varón de media de 63,88 años, que sufre una Parada extrahospitalaria a última hora de la mañana. Más de la mitad de estas paradas son recuperadas in situ y de ellas el 49%, mantiene la supervivencia a la semana del evento.



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

P-669

LAS PCR CARDIACAS POR GÉNERO EN SAMUR-PC
DURANTE LOS AÑOS 2014 A 2016

D Martín Reyes (1), A Verdú Verdú (2), F Torres García (2), J Morillo Rodríguez (1), A Casas Temprano (1), D Martín Reyes (1)

(1) Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (2) SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: out of hospital cardiac arrest-epidemiology-emergency medical services**OBJETIVOS:**

- Cuantificar el perfil por género de pacientes atendidos en SAMUR-PC entre los años 2014 al 2016 codificados como PCR atendidas por unidades de soporte vital avanzado. - Analizar el seguimiento de las PCR por género según procedimiento del servicio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo de pacientes atendidos en medio prehospitalario realizado sobre revisión de casos de PCR durante los años 2014 al 2016, atendidos por unidades de Soporte Vital Avanzado en un Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalario Urbano en la Ciudad de Madrid. Se re-cogieron variables demográficas y clínicas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y seguimiento del preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

Las PCR en el servicio de SAMUR-PC durante los años 2014 a 2016 muestran que el género con más incidencia en la asistencia extrahospitalaria en medio urbano corresponde a los hombres con un 78,38% (N = 725) respecto a mujeres 21,62% (N = 200), total (N = 925). En comparación con el registro OSCHAR a nivel nacional que muestra que de PCR atendidas Hombres/Mujeres (%): (72.1)/(27.9). De las PCR recuperadas (N = 487) mujeres/hombres: 24,9%/79,26% de los seguimientos realizados sobre la evolución de estas atenciones, fueron EXITUS a las 6 horas, por género mujeres/hombres: 34,65%/18,39%, a las 24 horas el 14,8%/8,03%, y a los 7 días 22,8%/19,7%. Los supervivientes al alta tras la PCR recuperada en relación al género mujeres/hombres fue 27,7%/53,9%.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en porcentaje de PCR clasificado por género están en consonancia con el registro OSCHAR realizado a nivel nacional. La existencia de mayor incidencia en género masculino, hace que tras el seguimiento a las 6 y 12 horas y los 7 días, la proporción la tasas de PCR recuperadas y de supervivencia se mantengan en éste respecto al género femenino.

P-671

VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE LA
HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INDUCIDA TRAS UNA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓNL Ruiz López, R Barrós González, R Sanz Díaz,
ME Hernández Hernández

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: post resuscitation care-therapeutic hypothermia-nurse rol**OBJETIVOS:**

La HT es un procedimiento que consiste en que, tras la reanimación de un paciente en PCR (en forma de fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso), éste es sometido a una reducción de la temperatura corporal lo antes posible, incluso de manera extra-hospitalaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed-MedLine, así como en las bases de datos nacionales Dialnet y Cuiden. Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal en el SU del HUFA durante el periodo de Enero a Marzo de 2017. La población de estudio son las 60 enfermeras que trabajan en el SU del hospital. Se seleccionaron 53 individuos mediante un muestreo aleatorio a los que se entregó una encuesta con 13 preguntas cerradas, validada por expertos sanitarios. De las 53 encuestas repartidas solo se contestaron 44.

RESULTADOS:

El 56,81% de las enfermeras del SU conoce la técnica de la HT pero solo el 13,63% de ellas se siente capacitada para realizarla. Aún así al 100% de estas enfermeras le gustaría que se implantase esta técnica y al 95,45% le gustaría recibir formación, ya que así lo aconsejan las guías sobre los cuidados post-resucitación. Por otro lado, el 67,5% de las enfermeras respondieron correctamente a las preguntas del cuestionario.

CONCLUSIONES:

Es necesario que el personal de enfermería adquiera el conocimiento preciso para aplicar la técnica de la HT al paciente. La formación debe ser teórica y práctica y debe incluir el entrenamiento de las habilidades para inducir al paciente en dicha técnica, mejorando su calidad asistencial así como su calidad de vida minimizando las posibles secuelas neurológicas por la hipoxia sufrida en la PCR.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-672

DISPOSITIVO DE SEMANA SANTA COMO SERVICIO DE RIESGO PREVISIBLE EN LA CIUDAD DE MADRID

M Hernández Sánchez, FL Castellanos Muñoz,
R Arnauero García-Valcárcel, J Cuerda del Olmo, M Castellanos Muñoz,
L Ramírez Freire, MJ Polo Sánchez

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: cristianismo-emergencias-contusiones

OBJETIVOS:

Comparar perfil epidemiológico y variabilidad temporal del paciente atendido durante el servicio programado de cobertura sanitaria de Semana Santa, en la ciudad de Madrid.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos por unidades asistenciales sanitarias durante el servicio programado de Semana Santa en los años 2010, 2013 y 2016 por un servicio de emergencias prehospitalario (SAMUR-PC). Variables: demográficas, tipología del incidente y clínicas. Datos obtenidos de la historia clínica.

RESULTADOS:

Se analizaron 110 informes asistenciales, de los cuales 28 contenían patología sanitaria (39,28% [2010], 39,28% [2013] y 21,43% [2016]). El 96,43% fueron atendidos por Unidades de Soporte Vital Básico (USVB). El 3,57% restante, por Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA) (2013). En el 21,43% de los casos, se realizó traslado hospitalario (USVB) (66,67% [2013] y 33,3% [2016]). Las causas de traslado fueron principalmente médicas (66,67%) y traumáticas (33,3%). En el 2013, el 21,43% de las asistencias de USVB fueron de origen traumático (14,29% fueron contusiones menores/abrasiones por fricción [mujeres entre 30-40 años y 70-80 años]). Por parte de USVA, en el 14,29% de los casos la causa fue traumática (mujeres entre 70-80 años). En cambio, en el 2010, se dio que el 6,67% de los pacientes sufrió mecanismos contusionales (mujeres entre 70-80 años). Por último, en 2016, la causa traumática ocupó el 30% de los casos (20% entre 10-30 años y el 10% entre 80-90 años). El 32,56% de los sucesos se dieron en Jueves Santo (USVB) y el 52, 38%, en Viernes Santo en caso de USVA.

CONCLUSIONES:

Los pacientes de edades extremas (ancianos y niños) son los más atendidos en este evento. La máxima incidencia se produce el Jueves y Viernes Santo, coincidente con los días de mayor número de procesiones y, por tanto, de mayor afluencia de público. Se trata de un servicio en el que predominan atenciones de USVB.

P-673

SUPERVIVENCIA EN PCR (PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA). PROVINCIA DE ALICANTE 2015

B Lara Carbo, MC Arcas Jiménez, B Morales López, C Kops Aguilera,
AB Gallardo Moreno

Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante

PALABRAS CLAVE: out-of-hospital cardiac arrest-cardiopulmonary resuscitation-survival rate

OBJETIVOS:

Describir la supervivencia en PCR en la provincia de Alicante durante el año 2015.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza análisis descriptivo prospectivo durante el año 2015, emanado de registro de PCR, cumplimentado por los integrantes de EE (Equipos de Emergencias Extrahospitalarias) de la provincia de Alicante, definido como el registro continuo de datos de PCR extrahospitalaria, cuyo motivo no ha sido la confirmación de un fallecimiento y según definiciones establecidas en los estándares marcados por modelo Utstein 2014.

RESULTADOS:

En el registro se obtienen 376 casos de 1.031 PCR en los que los EE realizan maniobras de RCP. 93 casos (24%) llegan con RCE (Recuperación de Circulación Espontánea) al ingreso hospitalario, de los cuales 31 (8,24%) fueron dados de alta vivos y 21 casos (5,6%) con buen resultado neurológico (CPC 1-2) (Categorías de Función Cerebral) al alta hospitalaria. Con ritmo inicial de FV/TV sin pulso, 37 casos (41,6%) llegaron con RCE a la llegada al hospital. Señalar la supervivencia en el grupo comparador Utstein que fue de 23 casos (22,85%). Se registraron 21 casos (5,6%) con RCP en curso al ingreso hospitalario y 5 casos (1,3%) como donación en asistolia. 257 casos (68,35%) fueron exitus en el lugar.

CONCLUSIONES:

Los datos revelan supervivencia inferior al 10% de los casos con RCE a su llegada al hospital. La variabilidad de registros en España, dificulta realizar una comparación y valoración de los resultados en nuestro ambiente. Se hace relevante la necesidad de estandarización de los registros para una correcta valoración de la supervivencia y eficacia de los servicios de EES.



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

P-677

RCP BÁSICA Y USO DEL DEA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE (INEF). ¿TIENEN LOS SUFICIENTES CONOCIMIENTOS SOBRE QUÉ ES Y SU MANEJO?**AB Simón Sáez***Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** RCP básica-DEA-conocimientos**OBJETIVOS:**

Diseñar un cuestionario para medir los conocimientos pre-formación y post-formación sobre el manejo de una parada cardiorrespiratoria (PCR), resucitación cardiopulmonar (RCP) básica y el uso del desfibrilador externo automático (DEA) en estudiantes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un cuestionario para medir los conocimientos pre-formación y post-formación sobre el manejo de una PCR, RCP básica y el uso del DEA a estudiantes universitarios de la facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Previamente se definió el constructo a medir, composición de los ítems, codificación de las respuestas y puntuación de los ítems. Además se realizó una validación por juicio de expertos.

RESULTADOS:

El cuestionario consta de dos partes: 1. Datos Epidemiológicos: Edad, sexo, formación previa, cursos previos, voluntariado, 2. Cuestionario: PCR, RCP básica y DEA. El cuestionario esta formado por un total de 25 ítems dividida en 5 categorías (Sistemas de emergencias Catalán, evaluación inicial de PCR, vía aérea, circulación y uso del DEA) con 4 posibles respuestas de las cuales solo una es válida y se deberán responder como mínimo a 15 ítems para que sea válido. El cuestionario fue revisado por un grupo de expertos.

CONCLUSIONES:

Dada la magnitud y el impacto social que esta enfermedad genera. Los profesionales deportivos en ocasiones se ven inmersos en situaciones límite de actuación inmediata. La falta de formación específica en este ámbito favorece el aumento de mortalidad por muerte súbita (74%-94%). Por ello, surge la necesidad de investigar sobre este tema y la validación de un cuestionario para los estudiantes universitarios de la facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte que ayude a medir los conocimientos pre-formación y post-formación ante el manejo de una PCR, RCP básica y el uso del DEA.

P-687

¿TRATAMOS BIEN EL DOLOR?**MM Sala Anglerill, J Mora Yélamos, A Portabella Serra, A Olucha Cañizares, M Soler Sellarés, J Casadevall Castella***Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** epidemiology-pain-analgesic**OBJETIVOS:**

Determinar las características de los pacientes, de la patología y la farmacología utilizada para tratar el dolor en la medicina extrahospitalaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis observacional, retrospectivo de una base de datos registrada entre los años 2006 y 2016. Evaluando género, grupo de edad, etiología y tratamientos utilizados.

RESULTADOS:

De los pacientes atendidos en nuestra base SEM durante los 10 años estudiados, un 20% recibieron tratamiento para el dolor. De estos un 65% fueron varones y la edad media 60 años. Los pacientes con patología traumática recibieron tratamiento para el dolor 3 veces mas que los afectados por patología médica. En patología médica el principal motivo de consulta por dolor fue la patología cardiaca en 65% de los casos. El tratamiento mas utilizado en medicina prehospitalaria como analgesia es el mórfico.

CONCLUSIONES:

El dolor es uno de los principales síntomas tratados en el medio extrahospitalario. Se trata de forma eficiente, pues se utilizan analgésicos opiáceos en la mayoría de los casos. Comparando con estudios a corto plazo los resultados son muy similares.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-691

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICA EN UNA AERONAVE

MR Gracia Velilla (1), L López Iborra (2), M Pardo Ríos (3),
F Díaz Victoria (4), E Gracia Velilla (5), P Gracia Velilla (6)

(1) Academia General del Aire. San Javier, Murcia. (2) Universidad de Murcia.
(3) Universidad Católica de Murcia. (4) Servicio de Urgencias y Emergencias 061.
(5) Hospital Universitario de Ceuta. (6) Escuela de Infantería de Marina General
Albacete y Fuster. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-air ambulances-aircraft

OBJETIVOS:

Describir la información publicada sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en aeronaves.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de una revisión narrativa/descriptiva de los artículos encontrados en las siguientes bases de datos en ciencias de la salud: Medline, Embase, Cinahl, BVS, Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs y Teseo. Además se buscó directamente en las revistas más relevantes sobre el tema en cuestión: Resuscitation, Emergencias, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine y Air Medical Journal. También se realizó una búsqueda inversa con recuperación secundaria, analizando la bibliografía de los artículos. Los descriptores del Medical Subject Headings en inglés y español utilizados fueron: cardiopulmonary resuscitation, cardiopulmonary arrest, helicopter ambulance, air ambulance y aircraft. Las cadenas de búsqueda se utilizaron combinándolos con los conectores booleanos AND y OR de diferentes modos. Se han incluido los artículos con acceso a texto completo, sin límite de fecha, en los idiomas inglés y español. Las publicaciones catalogadas como cartas o editoriales fueron excluidas. Tras una primera lectura de los artículos encontrados se eliminaron los que no estaban relacionados con el tema, analizando el contenido del texto de los seleccionados. Para finalizar se realizó una tabla con los principales resultados.

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 1055 artículos, de los que fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión 965. Tras la primera lectura del título y resumen (98), y retirada de duplicados (49) se seleccionan un total de 41 artículos finales utilizados.

CONCLUSIONES:

Tras la revisión de los artículos publicados, no encontramos unas especificaciones claras sobre la ejecución de la RCPB durante el vuelo de una aeronave. Es imprescindible la elaboración de un protocolo que resuelva estas limitaciones encontradas.

P-693

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ÓPTIMA A TIEMPO

JL Fernández Luna (1), L Fontao Fernández (2), V Sánchez Quijada (3), J Cano Massa (4), S López López (5), JA Gómez Marín (5)

(1) Gerencia del 061 Murcia. UME Murcia. (2) Servicio de COT. Hospital Santa Lucía de Cartagena. Murcia. (3) Servicio de Urgencia. 061 Molina de Sefura, Murcia. (4) Servicio de Urgencia. 061 Archena, Murcia. (5) 061 UME Murcia

PALABRAS CLAVE: parada cardiaca-resucitación-enseñanza

OBJETIVOS:

Abordar a la población lego para la adquisición de conocimientos de las maniobras de la RCP básica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes fuentes: Pubmed, Scielo. Los criterios de inclusión han sido: en español, a texto completo, 5 años anteriores a la revisión. Se han utilizado los descriptores (DECS): Parada cardiaca, Resucitación y Enseñanza.

RESULTADOS:

De los 175 artículos identificados, sólo 17 cumplieron los criterios de inclusión.

CONCLUSIONES:

Consideramos que se debe educar a la población para que adquiera los conocimientos de las maniobras de la RCP básica para aumentar la supervivencia de las personas tras sufrir una PCR, ya que el 40% de las PCR pueden ser tratadas eficazmente si se dispone una RCP básica antes de los 4 primeros minutos. Las asociaciones como American Heart Association (AHA) y la European Resuscitation Council (ERC) recomiendan la enseñanza de la RCP básica durante la educación obligatoria. Por consiguiente, la escuela constituye un ámbito idóneo para adquirir estos conocimientos. Las características que debe tener una persona para realizar las maniobras RCP óptimas son tener edad mayor de 13 años con un peso superior a los 50 kg para realizar una compresión torácica como mínimo de 5 cm. En España no existe la docencia de la RCP en la enseñanza obligatoria. Existen programas por Comunidades Autónomas sobre la RCP con alumnos de la ESO, como el estudio en Cataluña (PROCES), en Lugo (NA AULA), en Madrid (Alertante), en Navarra (EL ABC), en Almería (Plan Salvavidas). Todos ellos están impartidos en los institutos por profesionales de la salud. Para finalizar, creemos que se deberían unificar programas de RCP para impartir en todo territorio nacional, siendo incluida como asignatura obligatoria en la ESO. De este modo se aumentaría de forma significativa la supervivencia de las PCR.



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

P-697

ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR AGUDA TRAUMÁTICA (LMAT)

L Rodríguez Corominas, T Tierno Montero, A Ballbé Pastor, S Martínez García, M Colomer López, G García Galindo, L Melero Palanco

Universidad Europea de Valencia (UEV)

PALABRAS CLAVE: traumatismos de la médula espinal-urgencias médicas-traumatismo múltiple

OBJETIVOS:

Conocer las actividades iniciales (valoración primaria) necesarias ante un paciente con sospecha de LMAT.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes adultos con sospecha de LMAT en el ámbito extrahospitalario. Revisión sistemática de la literatura publicada. La metodología utilizada se basa en una búsqueda rigurosa en bases de datos como CINAHL, MEDLINE, COCHRANE LIBRARY y PUBMED. Los descriptores introducidos son Traumatismo de la médula espinal, Lesión medular, Urgencias médicas, Emergencias, traumatismo múltiple y su traducción al inglés, utilizando las diferentes combinaciones con los nexos AND y OR.

RESULTADOS:

A: Estricto control del segmento cervical se movilizara mediante tracción-elevación mandibular si es necesaria IOT la columna mantendrá una posición neutra. B: Valorar patrón respiratorio, observar musculatura respiratoria accesoria, FR, la apnea puede estar presente en LM altas, descartar lesiones de riesgo inminente de muerte (RIM) y palpación del tórax. C: Valorar FC, las 4P y posibles signos de Shock, shock distributivo neurogénico es el típico del lesionado medular alto. D: Estado de conciencia, pupilas, exploración básica de las funciones motoras y sensitivas. E: Exposición, visión y exploración del cuerpo (valorar espalda, retirar joyas, prótesis dentales) manteniendo la intimidad. Una vez finalizada la exploración se inmoviliza al enfermo y se traslada al Hospital para una continuidad de los cuidados.

CONCLUSIONES:

Conocer las actividades dirigidas a cada fase del A,B,C,D en los pacientes con LMAT es fundamental para garantizar la correcta atención y el manejo de estos pacientes a la hora que no se demora el traslado al centro de referencia.

P-698

TCE: DETECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

FL Castellanos Muñoz, M Hernández Sánchez, R Arnauero García-Valcárcel, J Cuerda del Olmo, M Castellanos Muñoz, L Ramírez Freire, MJ Polo Sánchez

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: TCE-traumatismo encefálico-traumatismos craneocerebrales

OBJETIVOS:

Analizar el perfil epidemiológico de paciente con TCE atendido por un servicio de emergencias prehospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos por un servicio de emergencias prehospitalario con diagnóstico de TCE, durante el año 2016. Variables analizadas: demográficas, clínica y tipología del incidente. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y seguimiento del preaviso hospitalario.

RESULTADOS:

Se analizaron 2146 asistencias con TCE, siendo atendidos 861 por soporte vital básico y 1285 por soporte vital avanzado. El 42,74% de los TCE se producen en el turno de mañana. La distribución temporal de asistencias es de 11:00 a 15:00 horas con un 30,9%, y de 17:00 a 21:00 horas, con el 23,11%. De las asistencias realizadas por las Unidades de Soporte Vital Básico (USVB), el 70,73% corresponden a pacientes leves y el 4,3%, a pacientes graves. En cambio, en el caso de las Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA), se atendieron al 50,19% de pacientes leves y al 5,91% de pacientes graves. El TCE muy severo supone el 6,24%. De éstos es el TCE cerrado con pérdida de conocimiento el más frecuente (30,35%), siendo el 78,62% varones de edades comprendidas entre 70 a 90 años. El 22,47% de los preavisos hospitalarios se produjo debido a TCE cerrado con fractura de base de cráneo. En el 2,37% de los casos hubo que aislar la vía aérea mediante dispositivos infragloticos (Intubación Orotraqueal [IOT]). De todas las asistencias, se realizaron el 22,55% traslados por parte de USVB y el 41,33%, por parte de USVA. De los traumatismos craneocerebrales acaecidos en 2016, el 0,60% fallecieron en las primeras 24 horas.

CONCLUSIONES:

Se observa que los sábados y los distritos del centro (coincidentes con los distritos donde existe mayor población de edad avanzada) son los días y zonas, respectivamente, donde las asistencias más frecuentes son a varones de edad avanzada. Las asistencias por TCE realizadas por USVA conllevan mayor gravedad que el resto de unidades.



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

P-699

FIBRILACIÓN VENTRICULAR: LA IMPORTANCIA DE UNA REANIMACIÓN ADECUADA

H Alonso Valle (1), A Grasum (1), M Andrés Gómez (1),
C Sierra Piqueres (1), L Prieto Lastra (1), F Mateos Chaparro (1),
G de La Concha Guimarey (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Gerencia Atención Primaria 061

PALABRAS CLAVE: urgencia-parada cardiaca-reanimación cardiopulmonar

OBJETIVOS:

Presentamos un caso clínico de fibrilación ventricular prolongada atendida en servicios de emergencia intrahospitalarios y servicio de urgencias con reanimación prolongada exitosa.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 51 años con antecedentes personales de ser fumador importante, bebedor de más de 100g de OH/ día. HTA. Hipertrigliceridemia y SAHOS con CPAP nocturna. Presenta desvanecimiento sin sintomatología precedente en la calle y parada cardiorrespiratoria posterior.

RESULTADOS:

Tras 10 minutos de inicio del cuadro llega el 061, iniciando reanimación cardiopulmonar avanzada, intubación orotraqueal y traslado del paciente al servicio de Valdecilla. Se realizaron maniobras de RCPA (Lucas Device) durante 45 minutos con ritmo de fibrilación ventricular. Finalmente sale con ritmo y pulso y en ECG se objetiva elevación de segmento ST en cara inferior y se realiza coronariografía colocando 4 stent en arteria coronaria derecha, con evolución lentamente favorable persistiendo al alta hospitalaria deterioro neurológico secundario a encefalopatía post-anóxica requiriendo rehabilitación funcional.

CONCLUSIONES:

Este caso resalta la importancia de la reanimación prolongada de alta calidad en pacientes con parada cardiaca secundaria a fibrilación ventricular.

P-702

LA IMPORTANCIA DE UN REGISTRO DE PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA. RESUMEN DE DOS AÑOS

JF Peris Giner, J Fernández Campillo, E Jimeno Lecina,
JC Medina Álvarez, E Cardona García

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

PALABRAS CLAVE: parada cardiaca intrahospitalaria-registro de parada intrahospitalaria-parada cardiorrespiratoria

OBJETIVOS:

Conocer la epidemiología de la parada intrahospitalaria, los resultados obtenidos, las deficiencias detectadas y estudiar las posibles de las medidas correctoras.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de las paradas cardiacas intrahospitalarias durante los años 2015 y 2016. Se extrajeron datos del Registro de Paradas de nuestro hospital, los servicios en los que se produjo, edad, sexo, causa del ingreso, RCP exitosa o no, ritmo detectado al inicio.

RESULTADOS:

Se registraron 57 PCR, 28 varones y 27 mujeres. La media de edad fue de 68,94, el más joven 29 y el mayor 87. La mayoría entre los 60 y 80 años las patologías cardiacas fueron las más prevalentes 50%. Un 25% ingresaron por patología respiratoria. Un 13% por desequilibrios hidroelectrolíticos. Un 7% por sepsis. El 61% se produjeron en el servicio de urgencias y el 23% en Hospitalización. Un 9% en hemodinámica y un 5% en cirugía. El ritmo cardiaco al inicio de la RCP fue desfibrilable en el 67%, de ellos sobrevivieron el 71.5% y un 33% asistolia de los que sobrevivieron un 42%. Fueron éxitos el 53% y sobrevivieron el 47%.

CONCLUSIONES:

Los registros de paradas son una fuente de datos de gran importancia. En nuestro estudio el 61% de las PCR se producen en urgencias. Identificando pues estas áreas la prioridad en cuanto a formación del personal, actualización de protocolos y establecimientos de escalas de riesgo de parada. Se trata de pacientes que ingresan por patología cardiaca o respiratoria y que se encuentran entre los 60 y los 80 años. Los datos en cuanto a la edad y las causas de la parada más frecuentes son superponibles a los publicados en el trabajo de R. de la Chica et al. Med. Intensiva. 2010,34(3):161-169. No hemos encontrado diferencias en cuanto al sexo 49% varones 51% mujeres. El ritmo inicial detectado tras la parada más frecuentemente es la FV 67%. En cuanto a la supervivencia, 47% nuestro registro frente al 23.15 de R. de la Chica y de los metaanálisis de estudios internacionales que se sitúan en torno al 15%.



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

P-704

AMV.APP

MC Sempere Ramón

CICU Alicante

PALABRAS CLAVE: telemedicina-gestión-emergencias

OBJETIVOS:

Aprovechar la integración proporcionada por la herramienta informática CoordCom G5 para implementar sus posibilidades de gestión y desarrollar de manera inteligente el campo de actuación sanitaria en los IMV, agilizando el proceso, facilitando envío de datos y la recogida de información por parte del personal del SAMU in situ que no necesitará el relleno de extensos formularios como hasta ahora sirviéndonos de las ventajas que nos proporcionan las TIC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El material empleado es el de las pantallas del CoordCom G5 destinadas a la recogida de datos en los IMV. El método: Se trata de un diseño para que se pueda desarrollar la aplicación informática de manera precisa e integrarla en el sistema CoordCom, pudiéndose añadir a los sistemas que se manejan en los diferentes Hospitales de destino a los que se trasladarían las víctimas, manteniendo en todo momento privacidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS:

Habría que hacer simulacros y estudios comparativos con la metodología existente en la actualidad para manejar los IMV.

CONCLUSIONES:

Aplicación informática que puede ser de gran ayuda en el manejo y gestión de los IMV y cuyas conclusiones definitivas permanecen a la espera de que se pueda probar.

P-705

GESTIÓN DEL PROCESO IMV EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

I Ventura Huarte, O Morales Marqués, C de Miguel García,
M Zubeldia Irizar, JR Aginaga Badiola, A González Querejeta,
LJ Garcíaarena Ezquerro

Hospital Universitario Donostia

PALABRAS CLAVE: gestión-IMV-urgencias

OBJETIVOS:

El Hospital debe estar preparado para ofrecer la respuesta más adecuada ante el aflujo masivo de víctimas, debiendo ser particularizada según el tipo de catástrofe y mediante la adopción de medidas y planteamientos que van a ser distintos de la marcha habitual de la medicina hospitalaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Hablaremos de la distribución del Servicio por colores: Se muestran las diferentes áreas del Servicio y se identifican por colores. El médico de triaje (MT) se encarga de ordenar la redistribución y reorganización de las salas y sus funciones y de catalogar a los pacientes y ordenar a los celadores a dónde deben enviar a cada paciente. En cada sala del área de críticos, los equipos deben estar formados por 1 médico, 1 D.U.E. y un auxiliar, como mínimo. El personal encargado de esas áreas serían Adjuntos de Urgencias, de Intensivos, enfermeras y auxiliares. El(los) médico(s) intensivista(s) podría(n) ser relevado(s) por otro(s) Adjuntos de Urgencias ya que seguramente su concurso en la UCI será necesario. Es importante que en cada sala del área de críticos haya un miembro del Servicio de Urgencias, debido a su conocimiento de la ubicación del material y del funcionamiento interno. Suponemos que en una Alerta Amarilla, los pacientes leves tripliquen o cuadruplicen a los graves, por lo que será necesario crear áreas de expansión desde el momento en que existan recursos humanos para la atención de los heridos. El personal llevará petos de color (rojo, amarillo, verde) correspondientes a las zonas de atención que estarán indicadas con un panel del mismo color. También pensamos que sería difícil hacer una historia clínica de estos pacientes, por lo que nos plantemos hacer la historia en una hoja de vaciado.

RESULTADOS:

La aplicación de este Protocolo nos ha ayudado a una mejor gestión en la atención a pacientes críticos y graves en IMV.

CONCLUSIONES:

Se entiende como necesaria la implementación y revisión semestral de un Protocolo de IMV.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-706

RELACIÓN DE GRUAJES EN LOS RESCATES DE MONTAÑA EN ARAGÓN DURANTE 2016

N López García, N Wöhrle, E Sierra Quintana, S Abella Barraca, R Sanmartín Berraquero, J Pérez-Nievas Goicoichea, S Batista Pardo

061 Aragón

PALABRAS CLAVE: rescate-gruaje-montaña

OBJETIVOS:

El objeto de la presente comunicación es establecer la relación entre la cantidad total de rescates y el número de rescates con gruajes que hemos realizado durante 2016. También ver actividades, edad y tipo de pacientes así como patologías mayoritarias en los rescates con grúa.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión retrospectiva de datos recogidos en los rescates de montaña en Aragón durante 2016 por la unidad de montaña del 061.

RESULTADOS:

Se realizó 319 rescates de los cuales 60 (19%) eran con grúa. La mayoría se hizo en verano (70%) y primavera (25%). Se rescató el triple de hombres (63%) que mujeres (32%). La edad media era de 44 años. La actividad deportiva que más destaca es el barranquismo (57%), seguido de montañismo/senderismo (33%). Grúa con camilla se utilizó solo en un 12%. Como patología estrella destaca el traumatismo en MMII (60%), seguido del Politraumatizado (12%).

CONCLUSIONES:

Debido a la gran destreza de nuestros pilotos y la falta de grúa durante las revisiones del helicóptero, nuestro porcentaje de gruaje es relativamente bajo (19% versus 81%). El accidentado típico que rescatamos es un varón de mediana edad con lesiones traumáticas. La mayoría de gruajes se realizó durante primavera y verano en barrancos, debido al terreno complicado y la gran cantidad de personas que realiza esa actividad en verano. La patología típica es el traumatismo de MMII seguido del politraumatismo, debido al terreno difícil en montaña. Resumiendo podemos decir que la grúa es una herramienta muy útil en rescate de montaña, ya que ayuda mejorar la atención a los accidentados por facilitar los rescates, aunque no está exento de riesgos y no está siempre disponible.

P-708

FACTORES DE LA EVOLUCIÓN DE LOS INJERTOS DE DONANTES TRAS MUERTE CARDIACA A NIVEL EXTRAHOSPITALARIO

AA Mateos Rodríguez (1) A Andrés Belmonte (2), F del Río Gallegos (3), JM Navalpotro Pascual (4), E Coll Torres (5)

(1) SUMMA 112. Universidad Francisco de Vitoria. Oficina Regional de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (2) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. (3) H. Clínico San Carlos. Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. Consejería De Sanidad. Madrid. (4) SUMMA 112. Madrid. (5) Organización Nacional de Trasplantes

PALABRAS CLAVE: servicios médicos de emergencias-trasplantes-donación tras muerte cardiaca

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es valorar los factores que, a nivel extrahospitalario, pueden influir en la viabilidad de los injertos en los receptores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo basada en la recogida de datos sobre los registros del sistema de emergencias y del hospital.

RESULTADOS:

Se recogen un total de 200 casos entre los años 2008 y 2011. El número de casos que finalmente no fueron donantes fue de 69 pacientes (34,5% del total). La causa de la no donación más frecuente fue la causa biológica o mal estado de los órganos (10,5%). De los 131 donantes utilizados se extrajeron 300 órganos lo que constituye una media de 2,32 (DE 0,83) órganos/donante utilizado y 1,52 (DE 1,29) órganos/donante potencial. La media de la creatinina de los riñones derechos a los 6 meses fue de 1,75 mg/dl (RIQ 1,1-1,58) y a los 12 meses de 2,1 mg/dl (RIQ 1,1-1,8). La media de creatinina en el riñón izquierdo a los 6 meses fue de 1,8 mg/dl (RIQ 1,3-1,8) y a los 12 meses de 1,8 mg/dl (RIQ 1,2-1,9). De los 41 hígados extraídos se trasplantaron todos. La supervivencia al año fue del 71,8%. La supervivencia al año de los injertos pulmonares fue del 88,9%. El tiempo medio de llegada del grupo de los donantes utilizados fue de 12´49" segundos (DE 13´45") y el tiempo medio de llegada en el grupo de no donantes fue de 13´42" (DE 8´19") (p = 0,18) 175 eran varones (87,4%) y 25 eran mujeres (12,6%). De los varones fueron donantes utilizados 114 (64,9%) frente a 61 donantes no utilizados (35,1%). La edad media de los donantes utilizados fue de 43,12 (DE 10,18) mientras que la edad media de los donantes no utilizados fue de 39,92 (DE 12,20) (p = 0,22). 61,2% de los donantes preservados con compresión mecánica fueron donantes utilizados frente al 78,7% de los donantes preservados con compresión Manual (p = 0,02 OR 0,42 IC 05% 0,19 - 0,92).

CONCLUSIONES:

No se han hallado ninguna variable que sea un factor predictor positivo o negativo en la evolución del injerto renal, hepático o pulmonar. No obstante, nuestros datos sugieren que los usos de compresores mecánicos disminuyen la viabilidad de los injertos renales a corto plazo.



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

P-711

EASY PULSE: EVALUACIÓN SOBRE DONACIÓN EN ASISTOLIA DE UN NUEVO CARDIOCOMPRESOR

A Mateos Rodríguez (1), J Sánchez Perea (2), JA Salazar Sánchez (2), J Domenech García (2), JJ Sánchez Liberal (2), A Arriaza Álvarez (2), D López Díez (2)

(1) SUMMA 112. Universidad Francisco de Vitoria. Oficina Regional de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (2) SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: cardiocompresor-donación en asistolia-servicios médicos de emergencias

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es valorar en un ámbito real un nuevo tipo de cardiocompresor de la marca Schiller, el easy pulse.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo basado en la recogida de datos de los casos en los que se usa el cardiocompresor easy pulse. Para ello se embarca el easy pulse en el vehículo específico del SUMMA 112 que apoya en casos de reanimación cardiopulmonar y donación en asistolia. Los técnicos en emergencias sanitarias destinados a tal vehículo tuvieron un curso de formación en el uso y mantenimiento de dicho dispositivo. Las variables que se recogieron fueron: edad, sexo, tiempo de RCP, tiempo de isquemia caliente en los casos de isquemia caliente, capnografía antes y después del uso del dispositivo, recuperación del pulso espontáneo, donante en asistolia, facilidad de uso, facilidad de colocación y duración de la batería.

RESULTADOS:

El estudio está en periodo de recogida de datos. Hasta el momento actual se han recogido 20 casos. Los datos que podemos adelantar es que la facilidad de uso en una escala de 1 a 5 ha sido puntuada con un 3, la facilidad de colocación con un 2 y la duración de la batería con un 4. En los comentarios libres los TES que usaron el dispositivo no lo consideran superior a los actuales del mercado.

CONCLUSIONES:

El dispositivo easy pulse solo alcanza una puntuación aceptable en la duración de la batería. Adolece de algunos defectos entre los que debemos destacar: correas que se ensucian con facilidad y difícil de limpiar y la escasa visibilidad con respecto al pistón sobre el tórax del paciente. Como punto positivo se debe destacar el tamaño y peso del mismo.

P-717

CÓDIGO IAM: VALORACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO

I Branchat Martínez, M Alcoverro Faneca, T Subirats Gómez, S Llombart Calvet, M Vericat Ramírez, J Pey Puey, G Año Forcadell
SEM/Hospital Comarcal Impost

PALABRAS CLAVE: IAM-dolor-escala

OBJETIVOS:

Describir el tratamiento del dolor de carácter isquémico. Medir la valoración del dolor inicial en los pacientes atendidos en el Código IAM. Medir el registro de la reevaluación del dolor a los 15 minutos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, retrospectivo realizado del 1 setiembre 2013 al 30 setiembre 2016. Muestra de 65 casos, atendidos por la unidad medicalizada del SEM E600 L? Aldea (Tarragona) donde se ha activado el código IAM. Mediante la revisión de los informes asistenciales.

RESULTADOS:

El 76,92% se valoró el lugar donde se produce el dolor. El 87,69% se describe como es el dolor y la intensidad se valora en un 72,30% (51% de forma escrita, 68,08% utilizando la escala numérica y 23,40% combinación de las dos). Del total de pacientes, 19 no reciben ningún tipo de analgesia (29,23%), 31 paciente reciben analgesia con opioides (47,69%) y 35 casos se les administra nitritos (53,84%). La combinación de opioides más nitritos representa el 27,69%. La reevaluación del dolor a los 15 minutos se realiza en el 35,38% de los casos.

CONCLUSIONES:

En la mayoría de los casos se realiza una buena valoración y descripción del dolor inicial. Casi la mitad de los pacientes reciben tratamiento analgésico con opioides. El registro y reevaluación de la evolución del dolor a los 15 minutos es muy inferior al registro de valoración inicial. La utilización estandarizada de la escala numérica del dolor y su registro, sería un aspecto a mejorar en un futuro para favorecer el bienestar del paciente y mejorar la calidad asistencial.



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

P-721

¿INFLUYEN NUESTRAS CONDICIONES PERSONALES EN LA ANSIEDAD QUE DESARROLLAMOS AL ATENDER UNA EMERGENCIA NBQ (NUCLEAR-BIOLÓGICA-QUÍMICA)?

P Arnillas Gómez (1), F Martín Rodríguez (1), MA Castro Villamor (2), V Casado Vicente (3), D Molinero Herguedas (4), C Escudero Cuadrillero (1)

(1) UME Valladolid I. GES. Sacyl. (2) Centro de Salud Delicias 1. Valladolid. (3) Centro de Salud Parquesol. Valladolid. (4) Hospital Comarcal Medina del Campo. Valladolid

PALABRAS CLAVE: anxiety-emergency-hazmat

OBJETIVOS:

Evaluar el cambio que se experimenta en una situación NBQ. Evaluar si la experiencia en estos entornos influye en el estado de ansiedad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio cuasi-experimental antes después sobre 100 voluntarios (estudiantes de enfermería y medicina y médicos y enfermeros de urgencias y emergencias) elegidos aleatoriamente por conglomerados a los que se les mide su grado de ansiedad con el inventario de Beck. Realizan un caso clínico dirigido de un paciente infectado de Ébola, equipados adecuadamente, y se les vuelve a pasar el mismo inventario. El grado de ansiedad se mide con el cuestionario de Beck.

RESULTADOS:

El estado de ansiedad (Beck) inicial fue de 4.67, y el final de 13.46 ($p = 0.002$). Las mujeres, aumentaron la ansiedad (Beck) en 9.97, y los hombres en 7.15 ($p = 0.024$). Los solteros, aumentan su ansiedad en 10.72 y los casados en 4.89 ($p = 0.02$). Los que no tienen experiencia en relajación, aumentaron su ansiedad en 9.70 y los que la tienen en 7.34 ($p = 0.016$). Los creyentes no practicantes, aumentan su ansiedad en 7.80 ($p = 0.020$). Los que realizan actividad física intensa, aumentan su ansiedad 7.85 ($p = 0.027$). Los voluntarios con patología refractiva ocular aumentan su grado de ansiedad en 9.15 ($p = 0.013$). Los menos experimentados en NBQ aumentan su ansiedad en 12.09 ($p = 0.021$), en mayor medida que los más experimentados.

CONCLUSIONES:

Una situación NBQ aumenta de forma significativa la ansiedad. Existen diversos factores personales que influyen en un mayor desarrollo de ansiedad durante la atención de patologías que requieren equipamiento especial. La diferencia encontrada, entre los voluntarios que tienen patología refractiva ocular nos hace pensar en la conveniencia de un mayor desarrollo de los equipos de protección individual. La experiencia hace que se desarrolle menor ansiedad durante la atención de los incidentes NBQ.

P-728

EFECTIVIDAD DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO SOBRE LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON SHOCK HEMORRÁGICO DE ORIGEN TRAUMÁTICO DEPENDIENDO DEL TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

FJ Garcés Garcés, EJ Simoes da Silva Pereira, JM López-Villalta Garcés, I Casado Flórez, E Corral Torres, JA Jiménez Fraile

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: ácido tranexámico-hemorragia-trauma

OBJETIVOS:

Analizar la supervivencia a 7 días de los pacientes tratados con TXM in situ, frente a un grupo control, con scores de trauma similares, y tratamiento íntegro en hospital después de la primera hora. Establecer si la administración de TXM tempranamente incide en la supervivencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional analítico, retrospectivo, de cohortes. Población: Pacientes tratados por SAMUR-PC con TXM en la primera hora y perfusión en hospital, frente a grupo control con procedimiento íntegro de TXM en hospital después de la primera hora. Calculamos scores de gravedad ISS, RTS y TRISS mediante: gravedad de lesiones, Glasgow, presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y edad como variables independientes y mortalidad a 7 días como variable resultado. Variables epidemiológicas: edad, sexo. Procesamiento de datos: Excel, SPSS.

RESULTADOS:

Grupo estudio: 47 pacientes. Grupo control: 46 pacientes. 32,3% mujeres, 67,7% hombres, distribuidos equitativamente. Mediana edad: 37 años, (rango intercuartílico ?IQR--:24,5-53,5) No existe diferencia entre grupos en cuanto a índices de gravedad Mecanismo lesional: 26 atropellos (28%), 28 precipitados (30,1%), 6 accidentes de tráfico (6,4%), 16 de moto (17,2%), 11 heridos por arma blanca (11,8%), y 6 arrollados de metro (6,5%). Comparamos supervivencia a los 7 días: 57,5%(27/47) en el grupo de TXM extrahospitalario y 52,2%(24/46) en el grupo control. 5,3% mayor en el grupo de administración temprana de TXM ($p = 0,053$) Con curva ROC hallamos que para TRISS>77 la supervivencia es significativamente mayor ($p = 0,016$) en el grupo estudio. Calculamos Odds Ratio: la mortalidad en el grupo control con TRISS>77 es 2,79 veces mayor IC95%:(1,198-6,496).

CONCLUSIONES:

La administración de TXM durante la primera hora mejora la supervivencia de los pacientes con hemorragia significativa de origen traumático frente a la administración durante la segunda hora o posteriores. Esta mejoría en la supervivencia a los 7 días, es especialmente significativa en los pacientes con una tasa de mortalidad esperada (TRISS) > 77%.



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

P-736

CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO DE ALUMNOS DE SEXTO DE MEDICINA

V Carbajosa Rodríguez (1), JM Fernández Domínguez (2), U Junquera Alonso (2), R López Izquierdo (1), J Álvarez Manzanares (1), I González Manzano (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

(2) Universidad de Valladolid

PALABRAS CLAVE: resucitación cardiopulmonar-estudiantes de medicina-formación continua

OBJETIVOS:

Conocer el nivel de conocimiento, formación y actitud sobre SVB de alumnos de sexto de medicina.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal basado en un cuestionario. Criterios inclusión: alumnos de sexto de medicina que al inicio del curso 2016-17 voluntariamente respondieron a un cuestionario auto-administrado. Variables: edad, género, respuestas sobre conocimientos, actitud y habilidades relacionadas con el SVB. Software: SPSS 20.0. $p < 0,05$.

RESULTADOS:

N: 166 Mujer 104 (62,7%). Mediana edad: 23 (22-28). Actitud: considera la PCR un problema socio-sanitario importante: 149 (89,9%), consideran importante el estudio y entrenamiento en SVB: 160 (96,4%), satisfacción con los materiales y métodos empleados durante la carrera para entrenamiento SVB: satisfechos: 85 (51,2%) y muy satisfechos: 59 (35,5%), preocupación ante reanimación cardiopulmonar (RCP) real: 96 (57,8%). Formación: formación preuniversitaria: 60 (36,1%), formación universitaria: 164 (98,8%), formación práctica: 164 (98,8%), RCP real: 14 (8,4%), horas durante la carrera de formación en RCP: 1-5 h: 76 (45,8%), 6-10: 65 (45,2%) y > 10 h: 15 (9%). Conocimientos: año de las últimas recomendaciones RCP: 130 (78,3%), teléfono de emergencias sanitarias: 129 (77,7%), secuencia RCP básica: 144 (86,7%), relación compresión/ventilación: 161 (97%), conocimientos del desfibrilador: 125 (75,3%), ritmo de las compresiones: 126 (75,9%), eslabones de la cadena de supervivencia: 165 (99,4%), identifica el símbolo ¿presencia de un desfibrilador?: 163 (98,2%).

CONCLUSIONES:

Los alumnos de sexto de medicina consideran que la PCR un problema socio-sanitario importante y clave la formación en SV. Reconocen una formación preuniversitaria deficiente, pero están satisfechos con la formación teórica y práctica recibida durante la carrera y de hecho, al finalizarla, sus conocimientos sobre RCP son buenos. Destaca el hecho que casi la totalidad de los alumnos conoce y reconoce la existencia de los DEA. Sin embargo, un porcentaje no desdeñable de alumnos aun desconoce conceptos básicos como el teléfono de emergencias sanitarias (112), la secuencia de RCP básica o el ritmo de las compresiones, lo que refleja la necesidad de fomentar esta formación durante el pregrado.

P-737

PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA CON REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN CURSO POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS CON MÉDICO A BORDO. UNA ESTRATEGIA FÚTIL

F Rosell Ortiz (1), J García del Águila (1), P Fernández del Valle (2), F Mellado Vergel (3), M Ruiz Montero (1), S Vergara Pérez (1), M Martínez Lara (1)

(1) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (2) Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla. (3) Hospital El Toyo. Almería

PALABRAS CLAVE: parada cardiaca extrahospitalaria-servicios de emergencias-reanimación en curso

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es conocer a qué pacientes se aplica la reanimación en curso y sus resultados en supervivencia cuando la realizan servicios con médico a bordo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de un registro de parada cardiaca extrahospitalaria (PCR). Periodo enero de 2008 a diciembre de 2014. El registro incluye todos los casos consecutivos de PCR con intento de reanimación, atendidos por un servicio de emergencias con médico a bordo. Se compararon las características de los pacientes fallecidos in situ con los trasladados con reanimación en curso. Se evaluó la supervivencia y estado neurológico al alta de los pacientes trasladados con reanimación en curso.

RESULTADOS:

Durante el periodo analizado se incluyeron 7241 pacientes. Un total de 259 (3,6%) pacientes fueron trasladados al hospital con RCP en curso. 187 (72,2%) de ellos eran hombres. La edad media fue $51,6 \pm 23,6$ años, con 27 (10,1%) pacientes ≤ 16 años (límite de la edad pediátrica en España). Los factores asociados con que se emplease esta estrategia fueron: PCR en lugar público [$p < 0,000, 2,565(1,921, 3,425)$], edad ≥ 16 años [$p < 0,000, 5,602(3,247, 9,663)$], ritmo inicial desfibrilable [$p < 0,020, 1,578(1,074, 2,32)$] y PCR presenciada por el equipo de emergencias [$p < 0,000, 7,452(5,600, 9,915)$]. Un paciente (0,38%) sobrevivió al alta con buen estado neurológico.

CONCLUSIONES:

La RCP en curso con médico a bordo es una estrategia poco frecuente. La juventud del paciente, que suceda en un lugar público, un ritmo inicial desfibrilable y que sea presenciada por el propio EE, se asocian con esta estrategia cuyo resultado final puede considerarse fútil.



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

P-753

CATÁSTROFE AÉREA EN ALBACETE. MODELO DE COORDINACIÓN CÍVICO-MILITAR

A Martínez Alcaraz (1), M Gómez Garrido (2), C Gómez Garrido (3), F García Ruiz (3), A Gómez Molina (3), R Peyró García (3), E Belinchón de Diego (4)

(1) Hospital Universitario de Albacete. Escuela Militar Sanidad. (2) Hospital Universitario de Albacete. (3) Base Aérea de Albacete. (4) Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

PALABRAS CLAVE: accidente aéreo-desastre-trauma

OBJETIVOS:

Analizar la actuación y la colaboración de la sanidad militar y la civil, incluso la de los primeros intervinientes. Analizar modelo de asistencia al politraumatizado del Hospital de Albacete.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En total se produjeron 11 Fallecidos, 11 heridos graves de los que 5 se derivaron a unidad de Grandes Quemados, 16 leves derivados a distintos hospitales. 47 atendidos por tóxicos. Múltiples escalones sanitarios civiles y militares se activaron.

RESULTADOS:

Tras la activación de la emergencia, se estableció un triage y evacuación inicial hasta la llegada de medios civiles. Los heridos de mayor gravedad, fueron atendidos en el hospital de Albacete (CHUA), que activo su Código Trauma, bloqueando los TAC, banco de sangre y quirófano de urgencias. Suspendieron intervenciones y amplió personal asistencial. Los de menor gravedad, fueron derivados a un hospital a 60km. Se establece un POC entre el CHUA y la base, para coordinación y mediación entre ambas sanidades. Aumentando efectividad y eficiencia y como canal de información. Tras la estabilización de los heridos de mayor gravedad, se derivaron a Unidad de Quemados de referencia. El personal de la Base Aérea y del CHUA se volcó en la asistencia, lo que evitó un número de heridos y fallecidos muy superior

CONCLUSIONES:

Importancia vital de la integración de ambos sistemas asistenciales en una emergencia. Ventajas del Código Trauma. Establecer POC para organización, información y coordinación asistencial.

P-754

LA REANIMACIÓN TAMBIÉN ES COSA DE NIÑOS

C Calvo Gil, MA Pérez Martínez

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Francisc de Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: cardiopulmonary resuscitation-strategies-education

OBJETIVOS:

Queremos conocer qué saben nuestros hijos, sensibilizarlos acerca de estas situaciones graves y estresantes para ellos, formarlos y evaluar la adquisición de destrezas, tanto de forma inmediata como tardíamente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizará un taller teórico-práctico en mayo de este año de 90 minutos de duración a los alumnos de quinto de primaria, un total de 20 alumnos de diez años, del Colegio de Educación Infantil y Primaria • El Barranquet?. La autora ha desarrollado el proyecto en consenso con el consejo escolar del centro educativo así como con la asociación de madres y padres (AMPA) de dicha escuela. Dicho taller consistirá en: Encuesta previa para evaluar conocimientos. A continuación se explica la cadena de supervivencia y reanimación cardiopulmonar (RCP) básica para personal no sanitario. Duración de 45 minutos. El resto del taller se realizará sobre maniqués cedidos por el Servicio de Emergencias Sanitarias (SES). Por último se pasará una encuesta que evaluará la adquisición de destrezas así como la valoración del taller. La evaluación final se realizará repitiendo el taller a los mismos alumnos el próximo curso 2017/2018. Previamente a la realización se pasará encuesta para evaluar conocimientos previos.

RESULTADOS:

Esperamos que tras el primer taller los niños adquieran conciencia de la importancia de una adecuada prevención para mejorar la supervivencia en la PCR. En este trabajo no evaluamos la calidad de la RCP.

CONCLUSIONES:

Los niños son el futuro y por tanto deben saber reconocer una situación de riesgo vital y ser capaces, al menos de conocer los pasos a seguir a pesar de la situación de alarma.



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

P-757

TCE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS:
VALORACIÓN EN CONSULTA EXTERNA

JL Cepeda Blanco (1), E Lino Montenegro (2),
FM Mateos Chaparro (3), M Soheim (2), L Prieto Lastra (2),
B Negueruela García (2), L Alli Alonso (4)

(1) C. S. Camargo Costa. Cantabria. (2) C. S. General Dávila. Cantabria. (3) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (4) C. S. Camargo Interior. Cantabria

PALABRAS CLAVE: traumatismos encefálicos-tomografía computarizada de emisión-triaje

OBJETIVOS:

Analizar los TCE que acuden a un servicio de urgencias de tercer nivel y que son valorados en el área de consultas externas: edades, diagnósticos finales y destino del paciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se revisan los TCE que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) en el primer trimestre de 2016, utilizando la base de datos generada mediante el programa de triaje del servicio de urgencias y el HIS hospitalario valorando edad, diagnósticos finales y destino final de los pacientes.

RESULTADOS:

Durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero y 31 de Marzo de 2016 acudieron 771 pacientes cuyo motivo de asistencia fue TCE. De ellos, 459 (59,5%) fueron valorados en consultas externas. 238 pacientes eran hombres y 221 mujeres. Las edades de los pacientes eran: entre 15-30 años: 112 (24,4%), entre 31-45 años: 96 (20,9%), entre 46-60 años: 60 (13,1%), entre 61-75 años: 83 (18,1%), mayores de 75 años: 108 (23,5%). Solo se realizaron 29 TAC craneales (por tratarse de pacientes anticoagulados o impactos de energía moderada): 25 pacientes presentaron estructuras intracraneales normales, en dos de ellos se encontró hematoma epidural (ninguno estaba antiagregado ni anticoagulado) y en otros dos casos se confirmó hemorragia subaracnoidea (ambos pacientes estaban antiagregados). Los diagnósticos al alta fueron inespecíficos en su mayor parte: TCE leve en 157 pacientes (34,2%), 150 contusiones de partes blandas (32,7%), 30 fracturas óseas (6,5%), 57 heridas incisivas (12,4%) y 65 cervicalgias/latigazo cervical/contractura muscular cervical (14,2%). Únicamente un 1% de los pacientes (5 casos) permanecieron ingresados. Todos ellos por fracturas del relieve óseo.

CONCLUSIONES:

Casi todos los TCE catalogados como leves a través del triaje, lo fueron. En pocos casos fue necesario la realización de un TAC craneal y el hallazgo de hemorragia intracraneal fue mínimo (0,87%). En la mayoría de los casos, una anamnesis dirigida y la exploración física bastan para el diagnóstico final.

P-765

INMOVILIZACIÓN CERVICAL EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN ÁMBITO PREHOSPITALARIO

JM Higuera Coca, M Ruiz Ojeda

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Valle de Los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: prehospitalaria-inmovilización-politraumatizado

OBJETIVOS:

Analizar la controversia existente en el manejo de la inmovilización cervical del paciente adulto consciente politraumatizado y el grado de evidencia existente. Determinar el método de inmovilización actual. Determinar los criterios de elección para la realización de la inmovilización selectiva. Incidir en la importancia del manejo adecuado del paciente politraumatizado consciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos entre 2000-2014 que recopila la información más relevante existente sobre la inmovilización cervical selectiva, los criterios para llevarla a cabo, y protocolos del manejo extrahospitalario del trauma.

RESULTADOS:

Las causas de que se haya venido realizando la inmovilización de todo paciente susceptible de lesión son: Magnitud de posibles consecuencias de una lesión, aspectos ético-legales, y su origen histórico. Existe gran controversia en el manejo de la inmovilización cervical del paciente adulto consciente politraumatizado y numerosos algoritmos de decisión para ello, pero el más adecuado y extendido es el del estudio NEXUS, aunque hay estudios comparativos entre la regla canadiense y el estudio NEXUS, que apuestan por la primera. No existen estudios que demuestren su aplicabilidad por el personal de las emergencias extrahospitalarias a nivel local, exceptuando médicos y enfermeras. No existe protocolo de inmovilización selectiva elaborado por un organismo nacional. Existen recomendaciones de nivel II, para realizar de forma selectiva la inmovilización del paciente con lesión medular potencial, frente a la inmovilización sistemática de los pacientes politraumatizados. No se recomienda la inmovilización de pacientes con trauma conscientes, alertas, que no están intoxicados, no tienen dolor ni sensibilidad en el cuello, no presentan alteraciones neurológicas ni motoras ni sensitivas, y no tienen otras lesiones significativas asociadas que podrían alterar su evaluación.

CONCLUSIONES:

El manejo adecuado del paciente politraumatizado es muy importante para la prevención de lesiones de columna secundarias. Hasta ahora, todos los pacientes con un mecanismo de lesión preocupante eran inmovilizados, sin atender a otros criterios que determinasen el riesgo potencial de lesión.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-770

INTERVENCIÓN EN CRISIS EN UNA GRAN CIUDAD.
VISIÓN DESDE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

B Bermúdez Fábian, LL Zubillaga Carmona, AA Zubillaga Carmona, C Navarro López-Fando, S González Rodríguez, EM Barata Cuenca
SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: urgencias médicas-crisis intervention-psicología

OBJETIVOS:

Analizar la tipología de los incidentes que requieren apoyo de un profesional de la psicología, complementario a la asistencia sanitaria en los SEM prehospitalarios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las intervenciones en las que ha sido activado un psicólogo realizadas en el SEM SAMUR-PC, de la Ciudad de Madrid, durante el año 2016. Las variables estudiadas: tipología de aviso y perfil de la actuación psicológica realizada.

RESULTADOS:

1154 intervenciones totales, las activaciones mayoritariamente fueron por parada cardio respiratoria (PCR) 21,66% (534), crisis psicósomáticas 15,85% (183) y atención a familiares o allegados de la víctima 11% (127). De todos los pacientes atendidos el 43% resultaron ser familiares de la víctima y un 35% la propia víctima. La atención mayoritaria fue la amortiguación del daño tras una PCR 26,6% así como comunicación de malas noticias con 23,1%. El promedio de tiempo de intervención es 1h 21 minutos aproximadamente, siendo un 46% <1h., 37% <1h. y el 17% >2 horas. Las puntas de actividad de acentúan Junio (11%), Martes (16%) y en el tramo horario de 09-17h con el 47,66%, seguido 18h-00h con el 38,56% de los avisos.

CONCLUSIONES:

La atención psicológica durante la intervención en crisis, tanto de pacientes como familiares, otorga una atención integral a todas aquellas personas que son atendidas por los SEM.

A-679

TRIAJE SHORT (SALE CAMINANDO, HABLA SIN DIFICULTAD, OBEDECE ÓRDENES SENCILLAS, RESPIRA, TAPONAR HERIDAS)

C Codorníu Pérez (1), A Solé Gómez (2)

(1) Clínica de Ponent. Lleida. (2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

A-680

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS TIEMPO
DEPENDIENTES EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

N Rodríguez Tejada (1), A Rodríguez Trujillo (1), T Navarro Morales (2)

(1) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Área Sanitaria de Osuna. Servicio Andaluz de Salud. (2) Hospital de Alta Resolución Alcalá la Real. Jaén. Empresa Pública Alto Guadalquivir

A-681

MONITORIZACIÓN DEL USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN
EL CONTEXTO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA CON
SOPORTE DE COMPRESIONES MECÁNICAS EN EL ÁMBITO
EXTRAHOSPITALARIO DEL ALT EMPORDÀ, GIRONA

M Ojeda Morales (1), L Caussa Cantenys (2), A Puchades Moral (1)

(1) Fundació Salut Empordà. (2) Centro de Atención Primaria de Roses. Girona

A-684

IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS AÉREOS EN CANARIAS

A Artero García (1), DM Fajardo Vázquez (2), RR Domínguez Chil (1), OD Duque de Luis (3), MM Morán Díaz (4), C Laresna del Gallego (5)

(1) Servicio de Urgencias Canario 112. (2) Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. (3) Urgencias. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife. (4) CCU Emergencias Sanitarias Castilla y León. (5) MF y C Hospital Clínico de Valladolid

A-685

EPISODIOS DE INUNDACIONES EN ESPAÑA 1995-2014

V Gutiérrez Abril, R Castro Delgado, E Ferrero Fernández, R Guerrero Magadan, P Arcos González

Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre. Universidad de Oviedo

A-678

TRIAJE START (SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT)

C Codorníu Pérez (1), A Solé Gómez (2)

(1) Clínica de Ponent. Lleida. (2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida



índice temático



índice autores



inicio





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

A-696

USO DEL COLLARÍN CERVICAL EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

I Medina Bastard, M Madrigal
SAMER-Protección Civil Las Rozas

A-707

ATENCIÓN A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LAS UVI-MÓVILES DE NAVARRA

D Navarro González, M Díaz Noaín, A Fernández Falces,
I Stefanova Yordanova, P Carrera Marín, P Maraví Artieda
Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Osasunbidea

A-709

ESTIMACIÓN DE LOS POSIBLES DONANTES EN ASISTOLIA NO CONTROLADOS EN NAVARRA ENTRE LOS AÑOS 2014 Y 2016

F Beramendi Garciandía, I Orzaiz Ibarra, M Tainta Laspalas,
I Lazcano Zubeldía, A Fernández Falces, A Echarri Sucunza
SNU Osasunbidea. UVI-móvil

A-713

COMPARACIÓN DE CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE UN SOPORTE VITAL AVANZADO EXTRAHOSPITALARIO VS. EQUIPO DE TRAUMA EN UN HOSPITAL DEL GRUPO 2 EN LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA GRAVE

J Calatrava Sánchez (1), JL Pérez Olmo (2)
(1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (2) SUMMA 112. Madrid

A-727

¿QUÉ PAPEL TIENE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE O DE POTENCIAL GRAVEDAD QUE FINALMENTE INGRESA EN UCI?

C Piedra Rodrigo, DM Mayor García, N Utrilla Cid, IM Martín Esteve
Hospital Torrecárdenas. Almería

A-738

ERIE DE ASISTENCIA SANITARIA: TRABAJANDO EN LA INTEROPERABILIDAD

C Moreno Herrera (1), J Sánchez Montesdeoca (2),
I Calero Del Arco (3), C Urkia Mieres (4), J Gallardo Dates (4)
(1) Cruz Roja Andalucía. (2) Cruz Roja Las Palmas de Gran Canaria. (3) Cruz Roja Córdoba. (4) Cruz Roja Oficina Central

A-742

¿HAY EVIDENCIA SUFICIENTE PARA USAR DE MANERA SISTEMÁTICA CARDIOPRESORES EN EMERGENCIAS?

R Murcia Alonso (1), M Pons Claramonte (2), C Pérez Fernández (3),
P Mascarell Oriola (3), N Martínez Navarro (4), S Monleón Arenós (5)
(1) SES Comunidad Valenciana. (2) SAMU Comunidad Valenciana. SUM Andorra.
(3) SUM Andorra. (4) Urgencias. Hospital Santa Lucía. Cartagena, Murcia.
(5) Urgencias. Hospital Vinaroz. Castellón

A-746

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN LA MINERÍA MUNDIAL EN EL PERIODO 2006-2015

R Castro Delgado (1), L Verano Menéndez (2), E Ferrero
Fernández (2), T Cuartas Álvarez (2), P Arcos González (2)
(1) Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre de la Universidad de Oviedo. SAMU-Asturias. (2) Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre de la Universidad de Oviedo

A-747

PROYECTO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

M Pérez García (1), AL Iglesias Sainz (1), I Pérez Prieto (1),
A Sánchez Fernández de Pinedo (1), M Fernández Rodríguez (1),
M Montejo Fernández (2), A Fernández Fernández (1)
(1) Hospital de San Eloy. Bizkaia. (2) C. S. Kueto. Sestao, Bizkaia

A-768

MANEJO ADECUADO DEL COLCHÓN DE VACÍO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

F Moreno Collado, A Vélchez Rodríguez, C Vélchez Rodríguez
Cruz Roja Granada



CAPÍTULO 8

URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



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

O-784

UTILIDAD DEL BNP EN EL MANEJO URGENTE DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

C Castell Jimeno (1), E Martín Echevarría (2), N Arriero Fernández (2), R Torres Sánchez del Arco (2), M Torralba González de Suso (2), A Pereira Juliá (2), MB Martínez Lasheras (2)

(1) Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. (2) Hospital Universitario de Guadalajara

PALABRAS CLAVE: BNP-insuficiencia cardiaca-mortalidad

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es establecer el BNP como factor de riesgo de mortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyen todas determinaciones de BNP entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre de 2016, excluyendo las solicitadas durante el seguimiento del paciente. Se recogen los datos clínicos, analíticos, diagnósticos, de tratamiento y pronósticos de los pacientes. Se analiza con el paquete estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS:

Un total de 211 pacientes fueron incluidos en el estudio, el 64% (135) eran varones con una mediana de edad de 71 años (IIQ 61-80). El 84,8% (179) presentaban disnea con una mediana de BNP total de 281,9 pg/ml (IIQ 116,5-861,5), falleciendo el 42,2% (89). Mediante curvas de Kaplan-Meier la mediana de supervivencia fue de 12,65 meses (IIQ 0,56-13,1), aunque el 35% de los paciente fallecen en el primer mes. Mediante análisis univariante, los pacientes que fallecen tienen una media de 7,6 años (IC95% 3,8-11,42) así como una media de BNP de 366 pg/ml (IC95% 157,7-614,64) superiores a los que no fallecen ($p < 0,0001$). La probabilidad de fallecer es mayor en los pacientes con BNP superior a 100 (OR 3,5, IC95% 1,6-7,9, $p < 0,001$). Usando regresión logística univariante por cada 100 pg/ml que aumenta la concentración plasmática de BNP la probabilidad de fallecer se incrementa un 7% OR 1,07 (IC95% 1,028-1,117, $p < 0,0001$). Tras la realización de análisis multivariante no se halló asociación de ninguna variable de forma independiente con la mortalidad.

CONCLUSIONES:

La concentración plasmática de BNP es más elevada en pacientes con síntomas más graves y con mayor daño. Es una herramienta útil en los servicios de urgencias que debemos acostumbrarnos a solicitar tanto para la diferenciación del origen cardiaco de la disnea como para valorar el pronóstico, ya que incrementos en el valor de BNP se relacionan con la mortalidad del paciente.

O-799

PERICARDITIS AGUDA, MANEJO Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Gil Sánchez, V León Argüero, M Debán Fernández, C Fernández Iglesias, D Moro Quesada

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: pericarditis-cardiología-colchicina

OBJETIVOS:

Estudiar la incidencia, características y tratamiento de la pericarditis aguda en un Servicio de Urgencias hospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se revisaron los pacientes dados de alta o ingresados desde el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de Pericarditis Aguda desde el 1 de Julio de 2014 al 28 de Febrero de 2017, con un seguimiento de 10.5 ± 8.9 meses.

RESULTADOS:

Un total de 68 pacientes fueron diagnosticados de pericarditis aguda, en base a la clínica y electrocardiograma. 7 pacientes (10%) presentaba también frote pericárdico en la exploración. 38 pacientes (55%) fueron valorados por cardiología, y 8 (11%) ingresaron. Todos los pacientes fueron tratados con antiinflamatorios no esteroideos y 28 (41%) recibieron colchicina al alta. 20 (29%) pacientes tuvieron recidiva / persistencia del dolor pese a tratamiento. Los pacientes que no recibieron colchicina tuvieron más recidivas (OR 4.00, $p0.02$). Sólo un paciente precisó corticoides, 4 (5%) tuvieron derrame pericárdico, ninguno precisó pericardiocentesis y ninguno falleció.

CONCLUSIONES:

La pericarditis aguda es una patología benigna, poco frecuente y de diagnóstico fundamentalmente clínico y electrocardiográfico. El tratamiento recomendado es la colchicina añadida a antiinflamatorios no esteroideos, por ser es más eficaz y prevenir recidivas.





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

O-806

ÁRBOLES DE DECISIÓN EN EL CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

D Ribas Seguí (1), A Martín Martínez (2), FX Avilés Jurado (1), A Bardají (1), B Coll-Vinent Puig (3), C Suero Méndez (4), C del Arco Galán (5)

(1) Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. (2) H. Severo Ochoa. Leganés, Madrid. (3) Hospital Clínic. Barcelona. (4) Hospital de la Axarquía. Málaga. (5) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-control de la frecuencia-árboles de decisión

OBJETIVOS:

Analizar las características de los pacientes atendidos en urgencias por FA y aplicar un modelo de árboles de decisión para conocer los factores pronósticos del control de la frecuencia y de los síntomas en el grupo que recibe tratamiento para el control de la frecuencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico, observacional y transversal en 124 servicios de urgencias. Se analizan variables clínicas, de tratamiento y efectividad en pacientes con fibrilación auricular que reciben tratamiento para el control de la frecuencia y se realiza un modelo de árboles para definir los factores pronósticos de su control.

RESULTADOS:

Un total de 1223 pacientes recibieron tratamiento para el control de la frecuencia, 964 (78,8%) con frecuencias superiores a 110 latidos por minutos. a su llegada. El perfil clínico de estos pacientes se caracteriza por tener edad avanzada, alta prevalencia de hipertensión y de insuficiencia cardiaca. Aproximadamente la mitad de los pacientes ya estaba tomando algún antiarrítmico y más de la tercera parte estaba previamente anticoagulado. La eficacia del tratamiento llegó al 80,8%, siendo el 41,5% de los pacientes tratados con digoxina. Según los árboles de decisión, en los hombres con insuficiencia cardiaca aguda, frecuencias a la llegada superiores a 120 lpm. y fibrilación auricular superior a 48 horas se obtuvo menor control de la frecuencia ($p = 0,027$).

CONCLUSIONES:

Los modelos de árboles de decisión permiten caracterizar al grupo de pacientes con más dificultad para el control de la frecuencia cardiaca en pacientes atendidos en urgencias por fibrilación auricular.

O-833

UTILIZACIÓN DE LAS DOSIS BAJAS DE LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD) EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (FANV) Y FLUTTER (FL) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN

J Gómez Bitrián (1), R Royo Hernández (1), E Alonso Formento (2), JA Ibáñez Díaz (1), P Alba Esteban (3), M De Azúa Jiménez (3)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (2) H. Miguel Servet. Zaragoza. (3) Hospital de Jaca. Huesca

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulación-profilaxis tromboembólica

OBJETIVOS:

Queremos estudiar el porcentaje de dosis bajas de los ACOD utilizadas en los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y Flutter auricular (FL), prescritos de inicio, en los Servicios de Urgencias de Aragón. (Subestudio SARa IV).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

SARa IV es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de 14 años atendidos en los SUH de los Hospitales SALUD, con diagnóstico principal o secundario de FA o FL. Periodo del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2012, 2013, 2014 y 2015 Los datos se obtuvieron revisando la historia clínica informatizada del paciente y se trataron mediante ACCESS y posterior estudio con SPSSv15. (Prueba del chi-cuadrado).

RESULTADOS:

Número total de pacientes estudiados: 8.900, pacientes en los que se inicio anticoagulación desde los Servicios de urgencias: 5.959 (66.9%) (no están incluidos los que ya llevaban anticoagulación), pacientes con inicio de anticoagulación con ACOD 1.227 (20.6% de los pacientes anticoagulados de inicio). Dentro de los ACOD: Dabigatran en 406 pacientes, 137 con la dosis baja de 110 mg (33.7%), Rivaroxabán 564 pacientes, 152 con la dosis baja de 15 mg (27%), Apixaban 257 pacientes, 55 con la dosis baja de 2.5 mg (21.5%).

CONCLUSIONES:

Utilización de un 28% de las dosis bajas de los ACOD, similar a los estudios pivotaes y por debajo de los estudios en vida real (40%) Dabigatran 110 mg es la dosis baja de ACOD mas utilizada con un 33.7%, (único ACOD donde la dosis bajas se estudio en brazo a parte de su estudio pivotal y tiene indicación de eficacia).



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

O-867

Y SI NO SOLICITO TROPONINA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

A Roset Rigat (1), P Herrero (2), V Gil (3), P Llorens (4),
FJ Martín-Sánchez (5), J Jacob (1)

(1) Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. (2) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. (3) Hospital Clínic. Barcelona. (4) Hospital General de Alicante. (5) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-troponina-mortalidad

OBJETIVOS:

Valorar las diferencias pronósticas, en términos de mortalidad a 30 días, entre los enfermos que acuden a un SU por un episodio de ICA donde se determina la troponina, siendo ésta elevada o no, y los que no se determina.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis del registro EAHFE, estudio retrospectivo de una cohorte multicéntrica y multipropósito de carácter analítico no intervencionista con seguimiento prospectiva de paciente con ICA en los SU de 34 hospitales españoles.

RESULTADOS:

Se analizaron 8.850 episodios de ICA, se determinó troponina en 4.634 (52,4%). La troponina fue elevada en 2.251 episodios (48,5%). La troponina determinada se relacionó más con cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, enfermedad arterial periférica, y menos con fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca crónica e índice de Barthel < 60. En el episodio agudo se determinó más troponina en caso de presencia de disnea. La mortalidad a 30 días, siendo el valor de referencia la troponina no realizada, era mayor con troponina elevada con HR 1,70 (IC95% 1,47-1,98, $p < 0,001$) y menor con troponina no elevada HR 0,65 (IC95% 0,54-0,80, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Es necesario solicitar la troponina en urgencias en los episodios de ICA para estratificar mejor el pronóstico de estos pacientes a corto plazo. La troponina elevada en un episodio de ICA se relaciona con mayor mortalidad a 30 días.

O-868

DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE PACIENTES CON IAMCEST QUE DEMANDAN ATENCIÓN INICIAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS DE NUESTRA ÁREA

JA Giner Caro (1), M González María Dolores (2),
JJ Martínez Díaz (1), S Wasniewski (1), M Merelo Nicolás (1),
FG Clavel Ruipérez (1), P Ramos Ruiz (1)

(1) Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud Mar Menor. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: infarto del miocardio-servicios médicos de urgencias-planificación

OBJETIVOS:

Estudiamos las diferencias en el perfil de pacientes que demanda los Servicios de Urgencias y Emergencias Prehospitalarios (SUEPH) en la atención al Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (IAMCEST).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Incluimos la totalidad de pacientes que ingresaron por un IAMCEST en nuestro hospital (referencia del área II) durante los años 2014-2015, revisando de forma retrospectiva las historias clínicas.

RESULTADOS:

De los 318 pacientes que sufrieron un IAMCEST en nuestra área durante los años 2014-2015, 184 (58%) demandaron atención inicial a los SUEPH, los restantes 134 acudieron directamente a las UH. Los atendidos por los SUEPH resultaron algo mayores (63.5 +/- 12 vs. 61.5 +/- 14), con más frecuencia hombres (81% vs. 77%), no nacionales (15.5 vs. 8.9%) y mayores porcentajes de Diabetes (33.3% vs. 21.5%) e Insuficiencia Renal (21.2% vs. 16.5%), sin diferencias significativas entre ambos grupos. En cuanto al momento de atención, esta ocurrió de noche o madrugada en un 26% en ambos grupos y en fin de semana o festivo también de forma similar (25.5% vs. 24.3%). Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al tratamiento recibido: no reperusión (19% vs. 21%), fibrinólisis (29% vs. 31%) o angioplastia primaria (52% vs. 48%), ni tampoco en la tasa de mortalidad hospitalaria (8.6% vs. 8.8%). En cambio, los residentes de las zonas más alejadas al hospital (>30 km) utilizaron con mayor frecuencia los SUEPH (43% los residentes de Mazarrón, Fuente Álamo y la zona de Mar Menor y La Manga frente a un 13% del resto, $p = 0,0001$).

CONCLUSIONES:

El lugar de residencia alejado del centro hospitalario fue el factor que más se asoció al uso de los SUEPH, aunque también observamos una tendencia a una mayor utilización en pacientes más ancianos y con mas comorbilidades.





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

O-871

EL PERFIL DE NUESTRO PACIENTE ANCIANO FRÁGIL
CON INSUFICIENCIA CARDIACA

JM Álvarez Pérez, F Richard Espiga, B Arciniega Salazar,
P Fraguas Reverendo, JR Trespaderne Díez, M del Olmo Morales

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: fragilidad-insuficiencia cardiaca-UCE

OBJETIVOS:

Analizar el perfil de fragilidad que presenta el paciente con Insuficiencia Cardiaca que ingresa en nuestra UCE. Reflejar cómo ha sido la evolución en lo referente a estancia media, necesidad de traslado a otra unidad hospitalaria convencional, reconsulta o reingreso tras su alta de la UCE, así como la mortalidad durante el ingreso y al mes del alta, en relación con las diferentes escalas de fragilidad que presentan los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo observacional, realizado sobre 100 pacientes ancianos (mayores de 75 años) ingresados en nuestra UCE con el diagnóstico de ICA. Se analizan algunas características de fragilidad, dependencia, comorbilidad, etc, y los resultados obtenidos en los aspectos de estancia media, traslado, reconsulta/reingreso y mortalidad a < 30 días del alta.

RESULTADOS:

El perfil del paciente anciano de nuestra UCE con ICA, es una persona de edad media de 85,79 años, que en su mayor parte (65%), vive acompañado de otra persona/cuidador. En un 60% de los casos son pacientes independientes (60%), aunque un tercio de los mismos (32%) son parcialmente dependientes. Casi la mitad presentan un estado de ánimo bajo (un 48% presentan un índice GDS >de 2 puntos), con un test de despistaje del paciente de riesgo (ISAR) de 2,21 puntos de media, y un índice de comorbilidad (Charlson) de 2,42. La estancia media de nuestro paciente anciano con ICA ha sido de 3,05 días, con un porcentaje de reconsultas y reingresos del 15,66%, y una mortalidad a < de 30 días tras el alta de la UCE del 7,23% (con una mortalidad durante el episodio intrahospitalario del 2,40%).

CONCLUSIONES:

La introducción en nuestra práctica de las escalas de fragilidad en el paciente anciano con ICA, aparte de mejorar la calidad asistencial, puede ayudarnos a seleccionar mejor a aquellos pacientes que más se pueden beneficiar de ingreso en una Unidad de Corta Estancia y predecir su evolución y complicaciones.

O-874

¿ES LA PRO-BNP UN BUEN INDICADOR DE LA EVOLUCIÓN DE
LOS PACIENTES CON ICA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA?

P López Díez, P Fraguas Reverendo, JR Trespaderne Díez,
M del Olmo Morales, JM Álvarez Pérez, F Richard Espiga

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: pro-BNP-insuficiencia cardiaca-UCE

OBJETIVOS:

Analizar si existe alguna relación entre la evolución del valor inicial de la proBNP al ingreso y al alta de los pacientes que ingresan en nuestra UCE con el diagnóstico principal de ICA, y la evolución de los mismos, en términos de estancia media, reingresos al alta y mortalidad tanto durante el episodio como a menos de 30 días tras el alta de la Unidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo observacional, entre los meses de Octubre de 2016 a Febrero del 2017, y realizado sobre 100 pacientes ingresados en nuestra UCE con el diagnóstico de ICA. Se analizan los valores de proBNP al ingreso y al alta o salida de la Unidad, y su relación con la estancia media de los mismos, el destino al alta, el porcentaje de reingresos hospitalarios y la mortalidad tanto durante el episodio de ingreso, como a los 30 días de su alta.

RESULTADOS:

Encontramos una relación directa entre el descenso de proBNP y la estancia media del ingreso (3,01 días), siendo más corta en aquellos en los que desciende >30%, y alargándose esta cuando aumentan los valores. También existe una relación en el mayor número de éxitos (altas a domicilio) de la UCE en aquellos en los que se consigue un mayor descenso de proBNP, y con mayor seguridad, dado que encontramos un menor número de mortalidad, tanto durante el episodio, como a los 30 días, junto con un descenso de la necesidad de reingreso en este periodo de tiempo.

CONCLUSIONES:

El descenso del valor de proBNP en los pacientes que ingresan en UCE por ICA, parece ser un buen índice para predecir tanto la duración de la estancia hospitalaria, como de seguridad al alta, por relacionarse bien con la necesidad de reingreso y mortalidad a 30 días.



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

O-883

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DURANTE 4 AÑOS EN EL BOX DE REANIMACIÓN

B López Barbeito, J Padrosa Pulido, M López Pujol, E Bragulat Baur, M Sánchez Sánchez

Hospital Clínic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: mortalidad-reanimación-muerte súbita

OBJETIVOS:

Analizar las características clínicas y patológicas de los pacientes fallecidos en el box de reanimación de un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se elaboró un estudio retrospectivo analizando las diferentes variables demográficas, clínicas y patológicas de los pacientes fallecidos en el BR durante 4 años (2013-2016) en el Hospital Clínic de Barcelona. Los pacientes se clasificaron en dos grupos, muerte súbita (MS), muerte imprevista que se produce en el intervalo de 1h desde el inicio de los síntomas y muerte repentina (MR) también se produce de forma rápida, pero en un sujeto con antecedentes patológicos que la explican.

RESULTADOS:

287 pacientes fallecieron en el periodo del estudio, 18.45% de los fallecimientos en urgencias. 147 pacientes se clasificaron como MS y 140 como MR. El grupo de pacientes con MS respecto al de MR es significativamente más joven (64 años vs. 79 años), con mayor tabaquismo activo. Con atención inicial del grupo de MS significativamente mayor en la vía pública (38.5%) con ambulancia medicalizada (77.7%), con primer ritmo registrado de asistolia (53.4%) y un tiempo de reanimación de 55 minutos (vs 12 min). Solicitándose necropsia clínica al 35.1% (vs 5.7% de MR) y judicial en el 36.4% (vs 7.15% de la MR). El diagnóstico médico más frecuente de MS es la PCR causa no aclarada (52%) y la isquemia miocárdica (28.6%), siendo más heterogéneos en la MR.

CONCLUSIONES:

Más de la mitad de los pacientes fallecidos presentan MS, con una edad mediana de 64 años donde el primer ritmo registrado es asistolia, a los que se les practica RCP de forma más prolongada. En este grupo se solicitan un mayor número de necropsias, siendo la principal causa de fallecimiento la etiología cardíaca.

O-885

ANÁLISIS DE LAS NECROPSIAS REALIZADAS DURANTE 4 AÑOS A PACIENTES FALLECIDOS EN EL BOX DE REANIMACIÓN

B López Barbeito, M Pujol López, J Padrosa Pulido, N Rakislova, E Bragulat Baur, M Sánchez Sánchez

Hospital Clínic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: necropsia-reanimación-muerte súbita

OBJETIVOS:

Describir las características de las necropsias solicitadas a los pacientes fallecidos en un BR.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se elaboró un estudio retrospectivo, registrando y analizando las necropsias realizadas a los pacientes fallecidos en un BR durante un intervalo de 4 años (2013-2016) en el Hospital Clínic de Barcelona.

RESULTADOS:

De los 287 pacientes fallecidos se solicitaron 109 necropsias (38%), de las cuales 60 (55%) fueron clínicas (NC) y 49 judiciales (NJ). La concordancia clínico-diagnóstica fue buena en el 78,3% de las NC. El diagnóstico anatomo-patológico más frecuente fue el infarto agudo de miocardio (63.3%). En los casos de discordancia, la sospecha clínica fue patología isquémica miocárdica, pero la necropsia reveló el TEP y la disección aórtica como patologías causales.

CONCLUSIONES:

Se solicitan un mayor número de NC que NJ, en general con una buena concordancia clínico-diagnóstica y siendo la causa del fallecimiento más frecuente el infarto agudo de miocardio.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-888

VERNAKALANT... ¿SÍ O NO?

C Herráiz De Castro (1), B Cervera Monteagudo (1),
F González Martínez (1), M Alcántara Alejo (2), P García Notario (1),
JC de Coll Vela (1), P Franquelo Morales (1)

(1) Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. (2) Centro de Salud Cuenca IV

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-pharmacological cardioversión-antiarrhythmic drug

OBJETIVOS:

Describir la experiencia con vernakalant en nuestro servicio. Conocer el perfil de seguridad y eficacia del fármaco.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo y descriptivo de los pacientes que acuden a urgencias desde Marzo 2016 a Marzo 2017 con FA tratados con vernakalant. Se recogieron las siguientes variables: datos sociodemográficos (edad y sexo), comorbilidad asociada (HTA, diabetes mellitus, cardiopatía estructural), tiempo de evolución de la arritmia, tasa de éxito, tiempo medio en el control del ritmo, estancia media en urgencias, efectos secundarios, necesidad de ingreso y tasa de recurrencia.

RESULTADOS:

Hubo un total de 24 pacientes. La edad media ($\pm$ desviación estándar) fue 64,29 ($\pm$ 10,748) años. El 41,7% eran hombres y el 58,3% mujeres. El 75% de los pacientes, no tenía cardiopatía estructural. El tiempo medio de evolución de la arritmia fue 10,43 horas. El ritmo se consiguió en el 83,3%, el 62,5% tras la primera dosis y el 20,8% con la segunda. 2 pacientes requirieron cardioversión eléctrica para el fin de la arritmia. El tiempo medio empleado en restaurar el ritmo fue 23,65 ($\pm$ 43,447) minutos, siendo 1 minuto el que menos tardó y 200 minutos el que más. La estancia media en urgencias fue de 9,63 horas. En relación a los efectos secundarios, el 20,8% presentó tos, 20,8% disgeusia, 41,7% estornudos, hipotensión el 8,3% y bradicardia el 8,3%. El 50% no tuvo ningún efecto. Fueron dados de alta el 97,8% de los pacientes. Ningún paciente recurrió inmediatamente y 2 lo hicieron de manera tardía.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia con vernakalant es satisfactoria, presentando una alta tasa de éxito en la restauración del ritmo sinusal, rápido inicio de acción y un perfil de seguridad aceptable. Por ello, creemos que puede ser un fármaco de primera línea en el tratamiento de la FA.

O-893

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DEL PACIENTE CON SÍNCOPE EN URGENCIAS

I Ayala Barroso (1), M Bosa Santana (2), A Prieto Hernández (2)

(1) Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. (2) Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-Sur

PALABRAS CLAVE: syncope-risk factors-cardiogenic syncope

OBJETIVOS:

Valorar la utilidad de las Escalas de Riesgo (EdR) en pacientes con síncope en los que tras su evaluación inicial en el SU (anamnesis, exploración física y electrocardiograma) su etiología es incierta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo observacional realizado en Hospital de Tercer Nivel donde se incluyen pacientes ingresados desde Urgencias en el Servicio de Cardiología con el diagnóstico de Síncope en los años 2015 y 2016. De los 185 pacientes ingresados, 68 tenían su causa clara al momento del ingreso, el resto de pacientes (117) fueron ingresados para estudio del síncope. A estos 117 pacientes se aplicaron retrospectivamente 4 EdR: San Francisco (SFSR), Martín et al, OESIL y EGSYS, así como los criterios de gravedad establecidos por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).

RESULTADOS:

De los 117 pacientes ingresados sin etiología clara, en 61 se objetivó el origen cardiogénico del síncope, por el contrario, en 56 se descartó dicho origen. Los resultados de sensibilidad (S) y especificidad (E) para las EdR fueron: SFSR y Martín (S = 92%, E = 42%), OESIL (S = 87%, E = 30%), EGSYS (S = 70%, E = 57%) y ESC (S = 78%, E = 63%). En relación a los valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) los resultados fueron: SFSR (VPP = 63%, VPN = 82%), Martín (VPP = 63%, VPN = 82%), OESIL (VPP = 58%, VPN = 71%), EGSYS (VPP = 64%, VPN = 64%), ESC (VPP = 70%, VPN = 73%).

CONCLUSIONES:

Las guías de práctica clínica recomiendan, para los síncope de etiología desconocida tras la evaluación inicial, la estratificación de riesgo en urgencias. Sin embargo, observamos que estas escalas, además de valorar variables distintas (episodios graves, arritmias severas, probabilidad de síncope cardiaco, mortalidad a un año, etc) tienen sensibilidades aceptables, pero con una especificidad baja (como ya mencionan sus propios autores en los estudios originales) y, en nuestra muestra, un VPN alejado del 99%, lo que traduce que para aquellos síncope de origen No Cardiogénico haría falta un tercer discriminador para su correcto manejo.



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

O-895

IMPACTO DE LAS VARIABLES GERIÁTRICAS EN LA MORTALIDAD A 30 DÍAS ENTRE LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

E Rodríguez Adrada, G Llopis García, MA Rizzi, A Alquezar, P Piñera, P Lázaro Aragués, F.J Martín Sánchez

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** fragilidad-discapacidad-insuficiencia cardiaca aguda**OBJETIVOS:**

Estudiar el impacto de las variables geriátricas en la mortalidad a 30 días entre los ancianos con insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo del registro OAK que incluye prospectivamente a pacientes consecutivos ≥65 años con ICA en 3 servicios de urgencias españoles. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y geriátricas (comorbilidad, polifarmacia, fragilidad, situación funcional, cognitiva y social basal, despistaje de síndrome confusional, deterioro cognitivo, depresión y situación nutricional). La variable de resultado fue la mortalidad por cualquier causa a los 30 días.

RESULTADOS:

Se incluyeron 565 pacientes con edad media 83 años (DE 7,1), 346 mujeres (61,6%). Sesenta y cinco sujetos (11,5%) fallecieron a los 30 días. La presencia de síndrome confusional agudo (OR ajustada = 2,2, IC95% 1,0- 4,8, $p = 0,04$), de enfermedad aguda (OR ajustada = 1,8, IC95% 0,9-3,4, $p = 0,05$) o pérdida de apetito (OR ajustada = 1,8, IC95% 1-3,4, $p = 0,04$) en los últimos 3 meses, y de fragilidad (OR ajustada = 2,0, IC95% 1,0-4,1, $p = 0,05$) o discapacidad grave (OR ajustada = 4,4, IC95% 1,9-11,4, $p = 0,01$) fueron factores independientes asociados con mortalidad a los 30 días.

CONCLUSIONES:

La presencia de síndrome confusional agudo, fragilidad, discapacidad grave y enfermedad aguda o pérdida de apetito los últimos 3 meses son factores que debieran contemplarse en la estratificación de riesgo a corto plazo entre los pacientes ancianos con ICA.

O-900

¿INFLUYE EL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DEL IAMCEST EN CÓMO SE ATIENDE Y TRATA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS?

JA Giner Caro (1), R Gómez García (2), P Ramos Ruiz (1), FG Clavel Ruipérez (1), M Merelo Nicolás (1), S Wasniewski (1), ML Fernández Gasso (1)

*(1) Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud Barrio del Peral. Cartagena, Murcia***PALABRAS CLAVE:** Infarto del Miocardio-Servicios Médicos de Urgencias-Angioplastia**OBJETIVOS:**

Estudiamos si la atención al Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (IAMCEST) en nuestra área por los Servicios de Urgencias y Emergencias Prehospitalarios (SUEPH) y el propio tratamiento de reperfusión del infarto viene condicionada, entre otros, por el momento de presentación del IAMCEST.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Evaluamos de forma retrospectiva como se efectuó la asistencia y tratamiento de los pacientes con IAMCEST de nuestra área durante el periodo 2014-2015.

RESULTADOS:

Incluimos un total de 182 pacientes con IAMCEST atendidos inicialmente por los SUEPH (de un total de 318), en 59 de estos la asistencia se prestó en horario de oficina y el 88% fueron trasladados en primer lugar al HRA. Los 123 restantes se atendieron fuera de este horario y de estos, solo el 12% se trasladaron directamente al HRR (con capacidad para ACTP1^a 24h/7 días). El 88% restante se trasladaron al HRA y de estos, el 37% precisó un segundo traslado al HRA para ACTP1^a o para ACTP de rescate tras una fibrinólisis fallida. La presentación en horario de oficina se asoció a una mayor tasa de reperfusión (92% vs. 73%, $p = 0,004$) y de ACTP1^a (81% vs. 38%, $p = 0,0001$), fuera de ese horario, encontramos una mayor tasa de fibrinólisis (35% vs. 10%, $p = 0,0001$). En un 51% de los casos, la fibrinólisis resultó fallida y precisó una ACTP de rescate. Solo un 30% de las fibrinólisis se efectuaron en el ámbito pre-hospitalario.

CONCLUSIONES:

La presentación del IAMCEST fuera del horario de oficina se relacionó con una menor tasa de reperfusión y de angioplastia primaria, así como a un mayor número de traslados intercentros. La tasa de fibrinólisis fallida fue elevada y la de fibrinólisis pre-hospitalaria baja, inferior a la observada en otros registros.



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

O-917

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO EN LA RESTAURACIÓN DEL RITMO SINUSAL EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO (ESTUDIO HERMES-AF)

R Romero Pareja (1), IJ Thuissard Vasallo (2), D Sanz Rosa (2),
B Coll-Vinnet Puig (3), C Del Arco Galán (4), A Martín Martínez (5)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. (2) Universidad Europea de Madrid.
(3) Hospital Clínic. Barcelona. (4) Hospital de La Princesa. Madrid. (5) Hospital
Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-control del ritmo-FA secundaria

OBJETIVOS:

Este estudio analiza los factores asociados a la existencia de ritmo sinusal al alta del SU en pacientes atendidos por FA de reciente comienzo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo, multicéntrico y observacional realizado en 123 SU del 23 Mayo al 5 Junio 2011. Se incluyeron los pacientes con FA documentada mediante un ECG realizado en el SUH y consideraron de reciente comienzo aquellos episodios de < 48 h de duración (y por tanto, candidatos a la restauración del RS). Se recogieron variables demográficas, clínicas y de manejo del episodio de FA, se definió FA secundaria como aquella en la que se identifica una enfermedad no cardiaca como causa de la arritmia. Se realizó un modelo multivariante con todas las variables clínicas y epidemiológicas para identificar los factores asociados con la existencia de RS al alta del SU.

RESULTADOS:

Se incluyeron 3.276 pacientes, 230 (7%) con FA secundaria (síndrome febril 69%, hipertirodismo 10%, alcohol 8%, fármacos 6%, tromboembolismo 4%, drogas de abuso 3%), y 520 (15,9%) con una duración < 48 h. En 354 (68,1%) pacientes de este grupo se intentó la cardioversión, obteniéndose RS al alta en 293 (82,8%) casos. En análisis de regresión múltiple la existencia de FA al alta del SU se asoció con la edad > 75 años (OR = 1,91 [95%IC 1,22-2,97] p = 0,004), la cardiopatía estructural (OR = 2,31 [95% IC 1,49-3,57] p < 0,001) y FA secundaria (OR = 2,36 [95% IC 1,25-4,43] p = 0,008).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con una FA de reciente comienzo ancianos, portadores de cardiopatía estructural, y en especial aquellos en los que la arritmia está causada por enfermedades no cardíacas asocian mayor riesgo de ser dados de alta del SU en FA. Constituyen un grupo de pacientes en los que es preciso diseñar estrategias específicas de control del ritmo para que obtengan los beneficios derivados de la reversión a RS.

O-923

ESTUDIO DE LA ANTICOAGULACIÓN UTILIZADA SEGÚN LA ESCALA SAME-TT2R2 EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR Y ESCALA CHA2DS2-VASC DE UNO O MÁS

V Estabén Boldova, JE Alonso Formento, MJ Pueyo Morer,
C Garcés San José, M de Azúa Jiménez, MT Fernández Letamendi

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-atrial flutter-anticoagulants

OBJETIVOS:

Estudiar en una población con FA/FLA la escala SAME-TT2R2 y la anticoagulación utilizada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnósticos de FA/FLA atendidos en los servicios de urgencias de la red de hospitales del SALUD de Aragón en los últimos seis meses del año durante 2012 a 2015. Estos datos forman parte del estudio SARAIV del grupo de arritmias de SEMES AVANZA de ARAGÓN.

RESULTADOS:

De los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios en este periodo de tiempo (9128), un 9,2% (836) tuvieron una escala SAMTTR de más de dos. De estos últimos un 78,3% fueron anticoagulados, en un 71,5% se administraron antagonistas de la vitamina K (AVK) y en un 28,5% anticoagulantes de acción directa. Dentro de estos el más utilizado fue el Rivaroxaban con un 8,8%, en segundo lugar el Dabigatran en un 6,8%, y el Apixaban en un 4,3%. Al comparar la escala CHADSVASC con la profilaxis trombembólica destaca que con una escala CHADSVASC de uno ó más en un 51,2% se prescribieron AVK, en un 21% ACOD, y en un 8% HBPM. En aquellos con escala de dos o menos los porcentajes fueron 49,3%, 14,1%, y 9,9% respectivamente. Sobre el destino final de estos pacientes con un SAME-TT2R2 mayor de 2 destaca menos ingresos, más altas a domicilio, y menos pacientes fallecidos que en el grupo con escala menor de 3, seguramente por el factor edad.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio observamos que un gran porcentaje de pacientes tiene una escala SAME- TT2R2 mayor de 2. En este grupo y en los que está indicada la anticoagulación en la mayoría de los casos se utilizó AVK, a pesar de que varios estudios demuestran una inadecuada anticoagulación.





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

O-924

ESTUDIO COMPARATIVO DE MORTALIDAD A 30 DÍAS Y AL AÑO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR PRECIPITANTE O TESTIGO INOCENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

R Romero Pareja (1), FJ Martín Sánchez (2), C Cantera López (1), JL Montesinos Díaz (1), MT Del Cerro Sealices (1), O Miró Andreu (3)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (3) Hospital Clínic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca aguda-fibrilación auricular-mortalidad

OBJETIVOS:

Analizar las diferencias en el pronóstico a corto y largo plazo de pacientes atendidos en Urgencias (SU) por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) según: 1) asocien una FA?de-novo? o FA previa (persistente/permanente), y 2) si la FA se consideró factor precipitante(FP) o ?testigo inocente?.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis de pacientes del registro EAHFE I-IV con ICA y FA en urgencias(previa o ?de-novo?) según actúe como FP o no(?testigo inocente?). El EAHFE I-IV es un estudio prospectivo de cohorte multipropósito, no intervencionista y multicéntrico (34 centros) con 4 periodos inclusión(1 mes en 2007 y 2009, y 2 meses en 2011 y 2014). Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con ICA (criterios Framingham), excepto si SCACEST. Se recogieron variables demográficas, características basales, del episodio agudo y seguimiento mortalidad-30 días y al año.

RESULTADOS:

Se analizaron 6.352 pacientes, 2.931 (46,1%) ritmo sinusal (RS) (GRUPO-A), 820 (12,9%) FA?de-novo? (GRUPO-B) y 2.601 (41,0%) FA-previa (permanente/persistente) (GRUPO-C). Considerándose GRUPO-A control, la mortalidad-30 días no mostró diferencias significativas entre grupos (GRUPO-B vs. GRUPO-A: HR 0,86 [95%IC 0,94-1,49], $p = 0,150$ y GRUPO-C vs. GRUPO-A: HR = 1,18 [95%IC 0,72-1,02], $p = 0,099$). La mortalidad-año fue mayor en pacientes FA?de novo? que en aquéllos en RS (GRUPO-B vs. GRUPO-A: HR = 1,21 [95%IC 1,02-1,43], $p = 0,022$), no observándose diferencias en los otros grupos (GRUPO-C vs. GRUPO-A: HR = 1,02 [95%IC 0,91-1,52], $p = 0,696$). Se analizó la mortalidad-año de los 799 casos con FA?de-novo? (GRUPO B). Cuando la FA actuó como FP (57,6%) (N1) la mortalidad fue menor que en los pacientes en RS (N3) (N1 vs. N3: HR = 0,73 [95%IC 0,56-1,95], $p = 0,002$). Los casos en los que la FA se consideró ?testigo inocente? (42,4%) (N2) mostraron una mortalidad mayor que en aquéllos en RS (N3) (N2 vs. N3: HR = 1,47 [95%IC 1,18-1,83], $p = 0,001$). Se analizó la mortalidad-año de los 2.931 pacientes con formas crónicas de FA (GRUPO-C) respecto a aquéllos en RS. En el 76,3% la FA actuó como ?testigo inocente? (C2), observándose una mayor mortalidad que aquéllos en RS (C3) (C2 vs. C3: HR = 1,15 [95%IC 1,01-1,31], $p = 0,036$). En el 23,7% la FA se consideró FP (C1), no mostrando diferencias significativas respecto a aquéllos en RS (C1 vs. C3: HR = 0,82 [95%IC 0,66-1,03], $p = 0,092$).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con un episodio de ICA con FA(previa o ?de novo?) tienen un pronóstico similar a los 30 días que aquéllos en RS, sin embargo, la mortalidad al año es mayor en los casos con FA?de novo?. Los pacientes en los que la FA actúa como?testigo inocente? tienen un peor pronóstico al año, tanto para las formas crónicas como de reciente diagnóstico.



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

O-927

MORTALIDAD Y TIPO DE ARRITMIAS POR HIPERPOTASEMIA SEVERA

F Moreno Calatrava (1), E Prado Mel (2), M Gil López (1),
AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla. (2) Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: arrhythmia-acute hyperkalemia-elderly patients

OBJETIVOS:

Analizar los tipos de arritmias acontecidos y la mortalidad asociada en pacientes diagnosticados de hiperpotasemia severa e ingresados en el área de Observación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en el área de Observación del Servicio de Urgencias con diagnóstico de hiperpotasemia severa durante el año 2016. Se recogen los datos a través de la historia digital Diraya. Como variables se definen: -Características sociodemográficas: edad.-Tipo de arritmia acontecida.-Creatinina al ingreso (mg/dl) - Éxito si/no. Se realiza análisis estadístico con Stata 13.1.

RESULTADOS:

Se reclutaron 36 pacientes. La edad media fue de 75 años (DT 9.8). El potasio medio de 8.36 mEq/L (DT 0.59). La creatinina media de 4.0 mg/dL (DT 3.6). Un 52.78% de los casos no hubo arritmia. El 11.11% se manifestó como parada cardiorrespiratoria, así como BAV de tercer grado. En casi el 20% se objetivó una bradiarritmia y en un 5.56% nos encontramos con un ritmo de escape nodal. La mortalidad global fue del 8.33% y dentro del subgrupo de arritmias fue del 11.76%. En todos los casos el evento arritmogénico causa del fallecimiento fue la PCR, que tuvo una mortalidad del 50%.

CONCLUSIONES:

La hiperpotasemia severa produjo en algo más de la mitad de los casos eventos arritmogénicos de elevado riesgo vital en pacientes ancianos con insuficiencia renal. Un 11.11% se manifestó como PCR, con una mortalidad del 50%, causando el 100% de las muertes globales por arritmias. El resto, (BAV3°, Ritmo nodal y bradiarritmias) no causaron mortalidad en ningún caso. Esto nos lleva a considerar la importancia del manejo de las arritmias malignas y sus posibles causas por parte del urgenciólogo, como factor determinante en la mortalidad de los pacientes con arritmias por hiperpotasemias severas.

O-928

PERFIL DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS EPILÉPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS (PROYECTO ACESUR)

C Fernández Alonso (1), ME Fuentes Ferrer (1), M Benito Lozano (2),
JM Aguilar Mulet (3), FJ Caballo Trébol (4), E Díaz Nájera (5),
G Jiménez Díaz (6)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) H. U. de Canarias. Tenerife. (3) H. U. de La Princesa. Madrid. (4) H. G. de Villarobledo. Albacete. (5) H. U. Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. (6) H. U. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: perfil adultos-crisis epilépticas-urgencias

OBJETIVOS:

Describir las características que perfilan al paciente adulto con CE atendido en diferentes SU de nuestro país.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico transversal realizado en 21 SU hospitalarios y 1 extrahospitalario. Se seleccionó a todos los pacientes con 18 o más años con CE al alta del SU atendido los días pares del mes de febrero de 2017. El paciente o representante legal otorgó consentimiento por escrito y el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de cada centro. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos incluyendo variables clínico-asistenciales.

RESULTADOS:

Se han incluido 180 pacientes con mediana de edad 50 (35-68) años. 107 (59,4%) hombres y 73 (40,6%) mujeres. 135 (75,0%) índice de Charlson < 3, 94 (52,2%) con polifarmacia (más de 3 fármacos) y 174 (96,7%) eran independientes o con dependencia leve para actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel > 90). En los 6 meses anteriores: 110 (61,1%) visitaron el SU por cualquier motivo y 72 (40,0%) pacientes refieren haber presentado al menos 1 CE. 106 (58,9%) presenta antecedente de epilepsia. 62 (34,4%) pacientes toman 1 FAE de forma habitual, 29 (16,1%) toman 2 FAE, 9 (5,0%) 3 FAE y 1 (0,6%) 4 FAE. FAE habituales: 44 (24,4%) Levetiracetam, 23 (12,8%) valproico, 20 (11,1%) lacosamida y 16 (8,9%) lamotrigina. Nivel de Triage a la llegada al SU: 22 (12,2%) nivel I, 82 (45,6%) nivel II, 63 (35,0%) nivel III. Motivo de consulta: 138 (76,7%) CE convulsiva, 16 (8,9%) CE no convulsiva, 13 (7,2%) alteración del comportamiento y 13 (7,2%) otros.

CONCLUSIONES:

El perfil habitual es el de un varón de mediana edad con baja comorbilidad, independiente con antecedente de epilepsia que toma de uno a tres FAE (sobre todo levetiracetam), consulta por CE convulsiva y necesita ser atendido de forma urgente.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-935

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA

JM García Torrecillas (1), E Moreno Millán (2), MC Lea Pereira (3)

(1) Investigación y Urgencias. C. H. Torrecárdenas. Almería. (2) Universidad de Almería. (3) Hospital de Poniente. El Ejido, Almería

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-mortalidad-factores pronósticos**OBJETIVOS:**

PRINCIPAL: Detectar factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados por IC. **ESPECÍFICO:** Evaluar la capacidad discriminativa y calibración de un modelo basado en variables procedentes de bases de datos clínico-administrativas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Diseño: Estudio de cohorte histórica a partir de registros clínico-administrativos. **Muestra:** Todos los episodios de hospitalización en España bajo el GRD 127 en el periodo 2008-2012. **Fuente:** CMBD del MSPSI. **Variables principales:** edad, sexo, estancia, tipos de ingreso/alta, reingreso, número de diagnósticos y procedimientos al alta (NDA-NPA), comorbilidades cardiovasculares y sistémicas. **Análisis estadístico:** Estudio bivalente mediante T de Student y χ^2 . **Análisis de regresión logística múltiple** para las variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria con evaluación de la discriminación del modelo (C-Statistic) y calibración (Test de Hosmer-Lemeshow).

RESULTADOS:

304.045 episodios durante 5 años. La edad media fue de 78.46 años (DS 10.61), estancia media 6.66 (DS 3.97) días. NDA 8.66 (DS 2.91) y NPA 2.20 (DS 2.32). Mortalidad hospitalaria 5.6% y 16.3% reingreso. Factores asociados a mortalidad en el análisis multivariante: sexo masculino (OR 1.23, IC 95% 1.19-1.27), no reingreso (OR 1.73, IC95% 1.67-1.79), hipertensión (OR 1.36, IC95% 1.32-1.41), valvulopatía (OR 1.18, IC95% 1.14-1.22), fibrilación auricular (OR 1.28, IC95% 1.24-1.33), dislipemia (OR 1.61, IC95% 1.55-1.68), obesidad (OR 1.64, IC95% 1.54- 1.75) y diabetes mellitus (OR 1.19, IC95% 1.15-1.23). La capacidad discriminativa del modelo fue baja-moderada (AUC 0.647, IC95% 0.642- 0.651). La calibración mediante el test de Hosmer-Lemeshow fue significativa en relación al elevado tamaño muestral, si bien el correlato visual de los deciles de riesgo observados y esperados mostró un comportamiento adecuado.

CONCLUSIONES:

Es posible detectar factores asociados a una mayor probabilidad de fallecer durante el ingreso por IC aguda, subsidiarios de implementarse en los circuitos asistenciales y de gestión, que permitan la optimización de la atención a este grupo de pacientes.

O-951

VARIABLES UTILIZADAS EN LA TOMA DE DECISIÓN DE LAS DOSIS BAJAS DE LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD) EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (FANV) Y FLUTTER (FL) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN

J Gómez Bitrian (1), R Royo Hernández (1), E Alonso Formento (2), P Alba Esteban (3), M Del Pueyo Parra (1), V Ortiz Bescós (1), I Pérez Pañart (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. (2) H. Miguel Servet. Zaragoza. (3) Hospital de Jaca. Huesca

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulación-profilaxis tromboembólica**OBJETIVOS:**

Estudiar las variables más frecuentemente utilizadas para la toma de decisión de la dosis de ACOD en pacientes con fibrilación auricular no valvular y Flutter auricular, prescritas de inicio, en los Servicios de Urgencias de Aragón. (Subestudio SaRA IV).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

SaRA IV es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de 14 años atendidos en los SUH de los Hospitales SALUD, con diagnóstico principal o secundario de FA o FL. Periodo del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2012, 2013, 2014 y 2015 Los datos se obtuvieron revisando la historia clínica informatizada del paciente y se trataron mediante ACCESS y posterior estudio con SPSSv15. (Prueba del chi-cuadrado).

RESULTADOS:

Número total de pacientes: 8.900, inicio anticoagulación con ACOD 1.227. Dentro de los ACOD: Dabigatrán en 406 pacientes, 137 con la dosis baja de 110 mg (33.7%), Rivaroxabán 564 pacientes, 152 con la dosis baja de 15 mg (27%), Apixaban 257 pacientes, 55 con la dosis baja de 2.5 mg (21.5%). Entre las variables estudiadas para decidir la toma de decisión de la dosis bajas de los ACOD solo fueron estadísticamente significativas para los tres ACOD ESTUDIADOS: la puntuación CHA2DS2 Vasc y HASBLED, la edad, el sexo y antecedente de Ictus. La insuficiencia cardiaca fue significativa para el Dabigatrán y rivaroxabán, y la insuficiencia renal para rivaroxabán y apixaban. Otras variables como HTA, diabetes, cardiopatía isquémica, vasculopatía periférica, tipo de arritmia, antecedente de sangrado o insuficiencia hepática no tuvieron significación estadística para la utilización de las dosis bajas de los ACOD.

CONCLUSIONES:

Las puntuaciones de las escalas de riesgo tromboembólico (CHA2DS2-VASc) y de riesgo de sangrado (HASBLED) es un dato básico en la toma de decisión de la dosis de los ACOD Edad y antecedentes de Ictus son las variables aisladas con mayor potencia a la hora de decidir la dosis de los ACOD.



índice temático



índice autores



inicio





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

O-957

¿ES ÚTIL EL SIGNO DE LEVINE Y OTROS GESTOS CON LAS MANOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

FJ Montero Pérez, FB Quero Espinosa, MJ Clemente Millán,
JA Castro Giménez, J Burgos Marín, MA Romero Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-síndrome coronario agudo-gestos

OBJETIVOS:

Comprobar la frecuencia del signo de Levine y otros gestos realizados con las manos por los pacientes con dolor torácico y determinar su validez diagnóstica en el síndrome coronario agudo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo de 383 pacientes adultos asistidos en un servicio de urgencias por dolor torácico. Se observó la realización de determinados signos gestuales con las manos, previamente referidos en la literatura médica como característicos de dolor coronario (gesto 1: mano en puño dispuesta sobre zona esternal o signo de Levine, gesto 2: mano abierta situada en la misma localización, gesto 3: ambas manos colocadas en el centro del tórax), así como la de otros gestos. Se analizó su asociación con el origen coronario del dolor. Para analizar la asociación de las variables cualitativas se utilizó la prueba de la chi², con prueba exacta de Fisher en su caso. La validez diagnóstica se midió mediante el cálculo de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, cocientes de probabilidad o likelihood ratio positivos y negativos y el valor diagnóstico global.

RESULTADOS:

En 164 (43%) pacientes se confirmó el origen coronario del dolor (grupo SCA), y en 219 (57%) no se confirmó (grupo no SCA). Un 89% de pacientes identificaron su dolor con alguno de los 3 gestos clásicos. El más frecuente fue el 2, tanto globalmente (59%) como por grupos (60% grupo SCA, 57,5% grupo no SCA). No hubo asociación significativa entre el tipo de gesto realizado y el diagnóstico final ($p = 0,172$). La mayor especificidad correspondió al signo de Levine (90%), seguida de otros gestos (86%) y del gesto 3 (81%).

CONCLUSIONES:

Aunque el 89% de los pacientes expresaron el dolor torácico con alguno de los 3 gestos manuales clásicamente asociados al dolor coronario, ninguno de ellos alcanzó suficiente precisión diagnóstica para ser utilizado como indicativo de este tipo de dolor.

O-958

PROPUESTA DE UNA ESCALA CLÍNICA PREDICTIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS

FJ Montero Pérez, FB Quero Espinosa, MJ Clemente Millán,
JA Castro Giménez, J De Burgos Marín, MA Romero Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba

PALABRAS CLAVE: síndrome coronario agudo-dolor torácico-servicio de urgencias

OBJETIVOS:

Obtener una escala de valoración para el diagnóstico preciso de SCA en pacientes con dolor torácico y que presentan con un electrocardiograma no diagnóstico y valores séricos normales de troponina en el momento de la consulta a Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes prospectivo, en el que se incluyeron un total de 286 pacientes atendidos en Urgencias por dolor torácico agudo, con electrocardiograma no diagnóstico y troponina sérica normal. Los pacientes fueron prospectivamente evaluados mediante la recogida de una serie de variables clínicas relativas a edad y sexo, antecedentes personales y familiares de enfermedad coronaria, factores de riesgo cardiovascular, características del dolor torácico, incluyendo el tipo de gesto realizado con las manos al expresar el dolor, así como la puntuación en la escala de Geleijnse. Se utilizó regresión logística múltiple para determinar aquellas variables independientes predictoras del diagnóstico de SCA y el poder discriminativo de la escala de valoración fue evaluado mediante el área bajo la curva ROC.

RESULTADOS:

El diagnóstico de SCA fue confirmado en 103 pacientes (36%). El modelo predictivo final incluyó 3 variables: antecedentes personales de enfermedad coronaria, de hiperlipidemia y una puntuación en la escala de Geleijnse igual o mayor de 6 puntos. El área bajo la curva ROC para el modelo obtenido fue de 0,90 (IC 95% de 0,85-0,93). Un valor umbral de 5 puntos obtuvo una sensibilidad de 76,70% (IC95%: 68-84), una especificidad de 91,80% (IC95%: 87-95%), un cociente de probabilidad positivo de 9,36 (IC95%: 5,70-15,40), con una precisión diagnóstica global de 86,40% (IC95% de 82-90%). El modelo predictivo propuesto se mostró superior a la escala de Geleijnse aislada.

CONCLUSIONES:

La escala de puntuación obtenida mostró una buena capacidad discriminativa para el diagnóstico de SCA y podría ser de interés en la práctica clínica por su potencial utilidad para discernir de una manera segura el SCA en el Servicio de Urgencias.



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

O-961

¿ES POSIBLE MEJORAR LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR? LA PERSPECTIVA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH)

J Sánchez López, M Expósito Ruiz, IM Fernández Guerrero, R Ávila Moreno, A Guzmán Úbeda, A Tello Ochoa

H. U. Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-atención-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Analizar ACO nueva en pacientes de >R-ETEA y abordaje del Tiempo en Rango Terapéutico (TRT) desde el mismo SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Registro analítico, observacional, prospectivo de pacientes >14 años con FA/antecedente. Para el TRT (TRT-TAO) analizamos 51.235 INR, excluyendo INRs iniciales, interrupciones y <6 meses (obtenidos en Centros de Salud /Unidades de coagulación) de 1224 pacientes que tomaban cumarínicos (AVK). Estos se enfrentaron a los obtenidos en atenciones SUH (TRT-H). Mediante Regresión logística Multivariable se analizaron aquellas variables asociadas a los objetivos. Calculamos Odd-Ratio(OR), Intervalo Confianza 95% (IC95%) y Área bajo la curva COR (Ar-COR).

RESULTADOS:

Se reclutaron 2.509 episodios (mujeres 56,9%). Edad 74,88 +/- 12,166 años. CHA2DS2-Vasc 4,09 (>1: 88,8%). Hasbled 2,320 (>2: 43,4%). Realizaban ACO previa 1779 pacientes (86% AVK). El TRT-TAO<60% (INR lábil) fue del 77,7% y media 49,83 [49,05-50,60] vs. TRT-H<60% del 82,7% y media 44,16 [43,274-45,040], p<0,001. Se asociaron de forma independiente con INR lábil: DM 2,15 [1,56- 2,95], I.Cardiaca-DVI 1,55 [1,14-2,12], insuficiencia renal 1,53 [1,12-2,08] y FA paroxística 3,46 [1,21-9,93], la HTA actúa como factor protector: 0,52 [0,36-0,77]. Ar-COR 0,652. Los pacientes con INR lábil presentaron mayor número de eventos embólicos (22,6% vs. 16,1%, p = 0,021). Se inició ACO nueva en 393 de 545 pacientes sin ACO previa y CHA2DS2-Vasc>1, (no se inició en 38 por contraindicación y 36 por rechazo). Se asociaron de manera independiente con inicio ACO: FA-paroxística 10,80 [6,16-18,93], FA-persistente 2,26 [1,29-3,96], sexo varón 1,60 [1,02-2,50] y diabetes 1,70[1,08-2,66]. Ar-COR 0,764.

CONCLUSIONES:

Está demostrado que iniciar ACO en SUH es seguro, por lo tanto esta estrategia debe incentivarse. Dado que los AVK siguen constituyendo la base de la profilaxis ETEA y niveles TRT subóptimos, proponemos abordar el TRT en el mismo SUH (consulta TAO-net en historia digital) y proponer, desde una aproximación multidisciplinar, a pacientes con INR lábil, un cambio por anticoagulantes de acción directa, en aras de reducir los devastadores eventos embólicos.

O-964

CAPACIDAD PREDICTIVA DE UNA ESTRATEGIA MULTIMARCADOR DE LA MORTALIDAD A MEDIO Y LARGO PLAZO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ICA) EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS (SUH)

L López Menéndez (1) M García García (2), J Vázquez Álvarez (1), J Rodríguez Paredes (1), E Berdún González (1), E Cano Cabo (1), M Sánchez González (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Área de Gestión del Laboratorio de Medicina. Hospital Universitario Central de Asturias.

PALABRAS CLAVE: biomarcadores-insuficiencia cardiaca aguda-pronóstico

OBJETIVOS:

Evaluar la capacidad de MRproAdremomedulina (MTproADM), Copeptina y NTproBNP, añadido a variables clínicas y bioquímicas convencionales, para predecir mortalidad a 180 y 365 días en pacientes con ICA.

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, Copeptina y MRproADM). Las variables resultado fueron mortalidad a 180 y 365 días 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 504 individuos, 55.2% mujeres, edad media 80.1 (9.2) años, la mortalidad a 180 y 365 días es del 23.4% (118 individuos) y 31.9% (161 individuos). Los biomarcadores presentan niveles más elevados en los pacientes que fallecen en ambos puntos de corte. La Copeptina tiene una AUC de 0.70 (0.64-0.75) y de 0.70 (0.65-0.75) para la mortalidad a 180 y 365 días respectivamente, la MRproADM de 0.64 (0.58-0.70) y 0.66 (0.60-0.71) respectivamente ambas por encima de la del NTproBNP que son 0.61 (0.55-0.67) y 0.61 (0.56-0.67) para mortalidad a 180 y 365 días respectivamente. La combinación modelo clínico más Copeptina tiene un AUC de 0.72 (0.67-0.77) tanto para la mortalidad a 180 como a 365 días, en ambos casos añadir el NTproBNP o la MRproADM no supone ninguna mejora en la capacidad predictiva.

CONCLUSIONES:

La Copeptina es el biomarcador con una mayor capacidad pronóstica de forma aislada. Estos biomarcadores añaden poca capacidad pronóstica de mortalidad a medio y largo plazo en pacientes con ICA a un modelo clínico y de parámetros analíticos de uso habitual en los servicios de urgencias, son mucho más útiles en la predicción de mortalidad más precoz tras la asistencia en urgencias por un episodio de agudización.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-979

HIPONATREMIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA:
MARCADORES PRONÓSTICOS DISPONIBLES Y OLVIDADOS

R Marino Genicio (1), P Herrero Puente (2), J Vázquez Álvarez (2),
FJ Martín Sánchez (3), P Llorens Soriano (4), JJ Gil Román (4),
M Beneyto de Arana (5)

(1) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. (2) Hospital Universitario Central de Asturias. (3) Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. (4) Hospital General Universitari d'Alacant. (5) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: hyponatremia-acute heart failure-hospital emergency departments

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre la natremia al ingreso en SUH, y la tasa de reingreso y mortalidad a los 30 días.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes analítico multicéntrico, no intervencionista, con seguimiento prospectivo. Incluye pacientes recogidos, previa firma de consentimiento, en el registro EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency), que han consultado por episodio de ICA, según criterios de Framingham, en 29 SUH. Se recogieron variables demográficas, antecedentes, semiología, pruebas complementarias, tratamiento, destino final tras consulta en SUH, y mortalidad a 30 días del episodio índice en urgencias. Análisis estadístico: - Comparación de proporciones: Ji-cuadrado. - Comparación de medias: T-student. - Control de factores de confusión: análisis multivariante mediante regresión logística.

RESULTADOS:

Se objetivó hiponatremia en el 20.4%, muy similar a la literatura. La distribución entre hombre y mujeres fue similar: 48.7, 51.3, respectivamente. La mortalidad a 30 días fue superior en el grupo con hiponatremia: 33.1 frente a 19.3%, (OR 2,08, IC95% (1,49-2,90), $p < 0,0001$). Valores Na < 135 , se relacionan comorbilidad aumentada: valvulopatía (29.9%), DM (48.7%), ICA previa (77.4%), así como con semiología más florida, lo que puede relacionarse con estadio ICA más avanzado (Na < 135 mEq/L: ortopnea 70,1%, disnea paroxística 41,6%, taquicardia 23,9%, hepatomegalia 9,8%, PAS > 100 9,1%, anemia 61,1%) Asimismo, la hiponatremia resultó factor independiente de mortalidad (OR 2,079 IC 95% (1,416-3,054)).

CONCLUSIONES:

- La hiponatremia no es un dato aleatorio, supone un marcador de mortalidad en ICA, relacionado con estadios avanzados, y mayor comorbilidad. - Es un factor independiente de mortalidad precoz. - Debe considerarse como condicionante para decidir sobre destino y plan terapéutico del paciente.

O-982

UTILIZACIÓN DE VERNAKALANT EN URGENCIAS EN FIBRILACIÓN
AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO EN PACIENTES CON
CARDIOPATÍA

M Cancio Fanlo, L González Conde, A Bernal Martín,
A González Querejeta, E Inchaurrea Hernández, Y Acuña Epelde

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-cardiopatía-vernakalant

OBJETIVOS:

Analizar el papel del vernakalant para la reversión de la FA de reciente comienzo en pacientes con cardiopatía estructural, enfatizando en la evidencia clínica de su perfil de eficacia y seguridad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional ambispectivo (retrospectivo y prospectivo) realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Donostia desde abril del año 2012 hasta marzo de 2017.

RESULTADOS:

Se administró a 30 pacientes con FA y cardiopatía estructural, siendo en 27 casos eficaz (90%). Una única perfusión de vernakalant fue necesaria en 22 casos (81%). La reversión a ritmo sinusal fue rápida, media de 21 minutos. Efectos adversos leves y transitorios en 8 pacientes (29%), no habiendo ninguno grave. Alta hospitalaria en menos de 12 horas a 23 pacientes (85%). Recurrencia en menos de 72 horas en 1 paciente (3%).

CONCLUSIONES:

Los resultados de nuestro estudio confirman, y en algunos aspectos superan, a los de los estudios pivotaes y posteriores trabajos publicados de práctica clínica en vida real. Corrobora la utilidad y ventajas de vernakalant ante una FA de reciente comienzo con cardiopatía estructural frente a las opciones de la cardioversión eléctrica o de la farmacológica con amiodarona. A su alta eficacia y rapidez en cardioversión, sus efectos adversos leves y transitorios y la baja incidencia de recurrencia precoz, se añaden los siguientes aspectos: 1. No precisa anestesia o sedación ni un periodo de ayunas como en la cardioversión eléctrica. 2. Reducción de costes: Alta hospitalaria más rápida tras cardioversión, reduciendo el tiempo de estancia en urgencias y el número de ingresos hospitalarios. 3. Optimiza la utilización de recursos en urgencias.



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

O-983

VALIDACIÓN DE LA ESCALA HEART-SCORE PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO QUE CONSULTAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

A González Rodríguez, M Suárez Ardura, C Menéndez Fernández,
JA González Humbreiro, R Estrada García, M Augusto Fernández,
A Renilla González

Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-servicios médicos de urgencias-riesgo

OBJETIVOS:

Validación prospectiva de la escala HEART-Score para predecir eventos cardiovasculares en el seguimiento de los pacientes con dolor torácico no traumático que consultaron en nuestro SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron datos de un total de 150 pacientes consecutivos desde Julio hasta Agosto 2015. El HEART-Score se evaluó en función de la historia clínica, resultados de laboratorio y electrocardiograma. Se consideraron como eventos: Ingreso por SCA, revascularización coronaria y muerte cardiovascular.

RESULTADOS:

Hubo 84 Hombres (56%). La edad media de los pacientes 61 ± 18 años. El Factor de Riesgo Cardiovascular más frecuente fue Hipertensión en 68 pacientes (45.3%). Hubo un total de 13 eventos (8,6%) en un seguimiento medio de 472 ± 187 DÍAS (intervalo: 0-899 días). Presentaron un HEART-Score de Alto Riesgo 21 pacientes (14%) de los cuales presentaron eventos 5 (23.8%). En el caso de los de Bajo Riesgo presentaron eventos 2 pacientes (3.3%) de 60. Y en los de Moderado Riesgo lo hicieron 6 (8.6%) de un total de 69 (46%). Los pacientes presentaron 5 muertes de causa cardiovascular (38,4%) (3 pacientes de alto riesgo y 2 de moderado riesgo) y 8 ingresos por síndrome coronario agudo (61,6%). Ningún paciente de bajo riesgo falleció ($p = 0.007$). Se utilizó el Test de Log-Rank para comparar supervivencia libre de eventos a los 30 días, 6 meses y en el seguimiento total según la escala HEART- Score demostrándose que los pacientes con mayor riesgo presentaron más eventos ($p = 0.001$).

CONCLUSIONES:

La escala HEART-Score discrimina adecuadamente los pacientes de alto y bajo riesgo de sufrir un evento cardiovascular durante el seguimiento a casi 2 años tras la visita a urgencias. Los pacientes de alto riesgo han de manejarse de manera intensiva puesto que se asocian a un mal pronóstico.

O-1006

ANTICOAGULANDO EN URGENCIAS.
LA CONFIRMACIÓN DE UN HECHO

EM Domínguez Del Brío (1), L Cabezudo Molleda (1),
P A Toral Buena (2), M Martínez Villar (2), AI Iglesias Clemente (3),
M Asensio García (3), C Arribas Santiago (4)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia. (2) C. S. Jardinillos. Palencia.
(3) C. S. La Puebla. Palencia. (4) Servicio Urgencias Atención Primaria (SUAP)
Palencia

PALABRAS CLAVE: anticoagulantes de acción directa-fibrilación auricular no valvular-concordancia

OBJETIVOS:

Establecer el grado de concordancia entre el tratamiento con ACODs pautado en Urgencias diagnosticando la FANV mediante la auscultación cardiaca y el prescrito por el cardiólogo tras la realización del ecocardiograma.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia del 1/1/ 2015 al 31/12/2016 con el diagnóstico de FA/flutter auricular de reciente diagnóstico y dados de alta, pendientes de ampliar estudio en la consulta de Cardiología. Los datos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas y posteriormente registrados y analizados utilizando el programa estadístico SPSS®v.20.

RESULTADOS:

De los 190 pacientes incluidos, un 25.26% fueron dados de alta de Urgencias con ACODs (77.1% apixabán, 4.2% edoxabán, 14.6% rivaroxabán y 4.2% dabigatrán). En la consulta se le realizó ecocardiograma a un 58.3% de los pacientes confirmándose el diagnóstico de FANV en todos ellos. El índice de concordancia Kappa entre el tratamiento pautado en Urgencias y Cardiología fue de 0.743 ($p < 0.05$). Se retiró el ACOD a 5 pacientes, ninguno por FA valvular confirmada con ecocardio, uno por FANV con valvulopatía reumática y se sustituyó un ACOD por otro para ablación. Hubo un caso perdido por no haber podido realizar el seguimiento.

CONCLUSIONES:

Anticoagular adecuadamente a los pacientes con FANV es fundamental para evitar el ictus cardioembólico. A pesar de no disponer de ecógrafo, dada la buena concordancia existente, podemos asumir la auscultación cardiaca como elemento diagnóstico de FANV por cualquier especialista, e iniciar el tratamiento con ACODs en los pacientes de reciente diagnóstico con seguridad, tal y como indican las guías de manejo, desde el minuto cero.



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

O-1007

TERAPIA CON GLUCOCORTICOIDES, VIGILA Y TRATA LA HIPERGLUCEMIA REACTIVA, DESDE SU PRESCRIPCIÓN EN URGENCIAS

R Piñero Panadero (1), E Tejero Sánchez (1), A Segura Fragoso (2), M Segura Rodríguez (3), S Sánchez Sánchez (1), O Rubio Casas (1), MJ Domínguez García (1)

(1) Hospital de Fuenlabrada. Madrid. (2) ICS Talavera, Toledo. (3) Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperglycemia-glucocorticoids-emergency treatment

OBJETIVOS:

El manejo de la misma de forma protocolizada, mejora el control glucémico y la evolución posterior durante la hospitalización.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo realizado desde el ámbito de urgencias del hospital de Fuenlabrada, en el que se analizó durante las primeras 48 horas, el manejo de los pacientes que requirieron ingreso con prescripción de corticosteroides, siguiendo el protocolo elaborado y publicado por SEMES-Diabetes. Criterios de inclusión: mayores de 18 años que precisen ingreso en tratamiento con corticoides sean o no diabéticos conocidos. Criterios de exclusión: enfermedad neoplásica activa o en fase terminal y pacientes con tratamiento corticoideo crónico. Variables del estudio: Se analizó la frecuencia de casos de hipoglucemia (menor 70 mg/dl), glucemias por debajo de 200 mg/dl como objetivo de buen control y frecuencia de descompensaciones hiperglucémicas graves (mayor 350 mg/dl). Programa para análisis estadístico IBM-SPSS versión 17.0

RESULTADOS:

Se analizó un total de 59 paciente, con una media de edad 72,61 años. Se consigue el objetivo de control glucémico menor de 200 mg/dl en todos los controles realizados en un mismo paciente, en el 32,2%. En un 16,9% de los casos se objetivó algún control por encima de 350 mg/dl (hiperglucemia grave) La media del número de glucemias registradas, en las primeras 48 horas del ingreso, fue del 7,31%, con una glucemia media del 182,78 mg/dl por paciente. El 66,1% de los pacientes presentó una glucemia media menor de 200 mg/dl.

CONCLUSIONES:

El manejo de la hiperglucemia reactiva a corticoides siguiendo el protocolo SEMES consigue el control glucémico óptimo en el 32,2% de los casos. El porcentaje de hiperglucemias graves fue del 16,9%. No se ha descrito ningún caso de hipoglucemia.

O-1019

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE DOLOR TORÁCICO VINCULADA A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

J Gil Román, D Serrano Henriques-Gil, B Di Salvo León, E Cano Cabo, I Lobo Cortizo, C Marinero Noval, M Gordo Bravo

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-diagnóstico-servicios de urgencias

OBJETIVOS:

Conocer las características de los pacientes incluidos en una UDT de un hospital de tercer nivel y comparar las diferencias en función del resultado de la prueba de provocación de isquemia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, analítico y unicentrico con seguimiento de cohortes de pacientes incluidos en una UDT del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016. Los criterios de inclusión son pacientes con dolor torácico sugestivo de origen coronario con ECG no diagnóstico y marcadores miocárdicos seriados negativos. Variables: Características sociodemográficas, características del dolor, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento crónico, exploración física, pruebas complementarias y resultado de la ergometría según la interpretación de un cardiólogo. Análisis estadístico: análisis bivariante mediante la T-Student para variables cuantitativas o Ji-cuadrado para cualitativas.

RESULTADOS:

Durante el año de estudio se atendieron 3785 pacientes con dolor torácico, 18,15%(436) fueron incluidos en la UDT. Media de edad 65.5 años y un 60% hombres. El 11,23% tuvieron ergometría positiva y el 4,39% ingresaron. HTA, Dislipemia y Cardiopatía Isquémica previa eran más frecuentes entre los de ergometría positiva, $p = 0,02$, $p = 0,006$ y $p = 0,005$ respectivamente. Características del dolor: localización retroesternal 28,8% vs. otra localización 12,2% ($p = 0,006$), clínica vegetativa 30,6% vs. sin clínica vegetativa 23,7% ($p = 0,29$), desencadenado por esfuerzo 55,1% vs. en reposo 30,2% ($p < 0,0001$), cede con reposo 64,4% vs. no cede en reposo 44,1% ($p = 0,033$). Tratamientos crónicos: betabloqueantes 26,5% vs. sin BB 16,5% ($p = 0,084$), nitratos 18,4% vs. sin nitratos 7,9% ($p = 0,015$), estatinas 51% vs. sin estatinas 32,8% ($p = 0,012$), AAS 26,5% vs. sin AAS 17,6% ($p = 0,13$). Reconsulta con ergometría negativa 8,3% vs. con ergometría positiva 33,3% ($p = 0,001$).

CONCLUSIONES:

Menos de un cuarto de los pacientes con dolor torácico atendidos en un servicio de urgencias cumple criterios para ser incluido en una UDT, siendo positiva la ergometría en uno de cada diez pacientes. Los pacientes con ergometría positiva tienen más factores de riesgo, mas comorbilidades y una mayor tipicidad de las características del dolor y una mayor probabilidad de reconsulta.



índice temático



índice autores



inicio





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

O-1021

LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN URGENCIAS

FJ Lucas Imbernón, A Rubio Alcantud, FJ Lucas Galan,
MA Galán Traba, L Ródenas Herraiz, A Ríaza Arcos

Servicio de Urgencias (SU). Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca aguda-servicio de urgencias-mortalidad

OBJETIVOS:

Analizar la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de ICA en el Servicio de Urgencias del HGUA. Revisando estudio EHAPE-5 de todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del CHUA entre el 1 de febrero y el 31 de marzo de 2016. El análisis estadístico de los datos se realizará con el programa SPSS ($p < 0,05$).

RESULTADOS:

Se han incluido 272 pacientes (52,2% mujeres). La edad media fue de 80,18 años. La comorbilidad destaca: HTA en el 90,1%. El 76,40% tenía un Barthel basal > 60 . El 60,66% de los individuos precisó ingreso, con una estancia media de 8,51 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 9,93%, a 30-60 días es del 11,76% y al año es del 15,80%. La tasa de reconsulta de 30-60 días fue de 33,60%, siendo la media hasta la reconsulta de 21,57 días. El 18,60% precisó reingreso, la mayoría de edad > 85 años. Variable dependiente la mortalidad y como variables con mayor probabilidad de influir en ésta ($p < 0,05$): HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, ACV, FA, demencia e IC previa, NYHA basal, tipo de ICA, e Barthel basal, edad > 85 años, tratamiento en algún momento (domicilio, urgencias, alta) con digoxina, con nitratos y con betabloqueantes.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes con ICA padecen HTA, tiene un Barthel basal mayor de 60 y un grado de la NYHA de II y éstos últimos influyen en la mortalidad, tanto en su estado, basal como en la fase de descompensación. La tasa de mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario es superior a la encontrada en la bibliografía, siendo nuestros pacientes más añosos y con peor situación basal.

O-1095

IMPACTO DE LA FRAGILIDAD Y LA DISCAPACIDAD EN LA MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA QUE ASISTEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

G Llopis García, E Rodríguez Adrada, MA Rizzi, A Alquezar, P Piñera,
P Lázaro Aragués, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: fragilidad-discapacidad-insuficiencia cardiaca aguda

OBJETIVOS:

Determinar el impacto de la fragilidad y la discapacidad en la mortalidad a 30 días entre los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca descompensada aguda (ICAD) atendidos en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un análisis retrospectivo de OAK Registry incluyendo de forma consecutiva a todos los pacientes ≥ 65 años atendidos con Insuficiencia cardiaca aguda descompensada en 3 servicios de urgencias españoles durante 4 meses. La fragilidad y la discapacidad se clasificaron en 6 grupos: G1: No frágil, no / ligeramente dependiente, G2: Frágil, no / ligeramente dependiente, G3: No frágil, moderadamente dependiente, G4: Frágil, moderadamente dependiente, G5: Severamente dependiente, G6: Muy severamente dependiente.

RESULTADOS:

Se incluyeron 596 pacientes (edad media: 83 (SD7), 61,2% mujeres). La mortalidad a los 30 días fue del 11,6% con diferencias estadísticamente significativas entre los seis grupos ($p < 0,001$). Después de ajustar para las categorías de riesgo de HFRSS EFFECT, observamos un aumento progresivo en las razones de riesgo de los grupos 2 a 6 en comparación con G1 (referencia): G2 = 1,3 (95% CI 0,4-4,9, $p = 0,647$), G3 = 1,6 (IC del 95%: 0,6 - 4,4, $p = 0,380$), G4 = 2,6 (IC del 95%: 1,1 - 5,9, $p = 0,022$), G5 = 4,3 (IC del 95%: 1,0 - 9,0, $p = 0,001$), Y G6 = 7,7 (IC del 95%: 3,5-17,0, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

La discapacidad severa y la fragilidad en pacientes con discapacidad moderada se asocian con la mortalidad a 30 días en pacientes con ICA descompensada.



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

O-1099

UTILIDAD DE LA ESCALA EGSYS EN EL MANEJO DEL SÍNCOPE EN URGENCIAS

M Bosa Santana (1), A Prieto Hernández (1), I Ayala Barroso (2)

(1) Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-Sur. (2) Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife

PALABRAS CLAVE: syncope-cardiogenic syncope-risk factors**OBJETIVOS:**

Valorar la utilidad de la Escala EGSYS en los SU para pacientes con síncope de etiología desconocida.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes ingresados, procedentes del SU, en planta de Cardiología con diagnóstico de Síncope (sin etiología clara) en 2015 y 2016. Ingresaron 117 pacientes: 61 fueron diagnosticados de síncope cardiogénico, mientras que se descartó esta etiología en 56. Se aplicó retrospectivamente la Escala EGSYS, que consta de 6 variables (palpitaciones presincopeales, enfermedad cardíaca o electrocardiograma anormal, síncope en esfuerzo, síncope en supino, pródromo autonómico, factores precipitantes) con puntuaciones diversas para cada una de ellas. Valores de la Escala iguales o superiores a 3 indican riesgo de síncope cardiogénico.

RESULTADOS:

La Escala EGSYS presentó una sensibilidad = 70%, especificidad = 57% y un valor predictivo negativo (VPN) = 64% (en su estudio original presentaba un VPN = 99%). En el grupo de pacientes de síncope cardiogénico, el 29% de los pacientes presentaba EGSYS<3, de estos, el 66% presentaron pródromo autonómico, que fue decisivo para dar una puntuación de 2. 6 pacientes presentaron una puntuación de 0, diagnosticándose durante el ingreso entidades tales como disfunción sinusal, estenosis aórtica, infarto no Q, bloqueo AV de alto grado. En los pacientes con síncope de origen no cardíaco se obtuvo una puntuación de 3 en el 41% de los pacientes (todos en base al criterio de cardiopatía previa o electrocardiograma anormal), 1 paciente tuvo una puntuación de 4.

CONCLUSIONES:

La escala EGSYS es un buen indicador de riesgo de síncope cardiogénico, aunque en nuestra muestra observamos que el bajo VPN y sensibilidad fueron debidos a la presencia de pródromo autonómico en el 66% de los pacientes, lo que llevó a clasificar estos pacientes como de bajo riesgo.

O-1113

EXPERIENCIA EN CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA (CVE) DE LA FIBRILACIÓN (FA) Y FLUTTER AURICULARES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 2.º NIVEL

NC Rodríguez Hernández (1), B Paderne Díaz (1), O Álvarez López (1), E López Ruiz (2), FJ Ródenas Tárraga (1), A Santos De Vera (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) Centro de Salud Presentación Sabio. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: cardioversión-fibrilación-flutter**OBJETIVOS:**

Describir la eficacia, seguridad y perfil clínico de la cardioversión eléctrica de la fibrilación y el flutter auricular realizada por urgenciólogos de forma autónoma en un entorno hospitalario de 2.º nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de serie de casos. Se seleccionan prospectivamente pacientes para cardioversión eléctrica desde enero de 2015 a febrero de 2017. Posteriormente se revisan retrospectivamente.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 25 pacientes (17 FA y 8 Flutter), 17 hombres (68%) y 8 mujeres (32%), con edad media de 58,44 (± 3,70, IC 95% 50,79-66,08). Revirtieron 23 (92%), el 100% de los Flutter y 15 (88,24%) de las FA. Sólo 1 paciente en FA presentó shock cardiogénico post-cardioversión. El motivo de la CVE no constó en 11 (44%), fallo de la cardioversión farmacológica en 5 (20%), insuficiencia cardíaca en 3 (12%), ángor en 2 (8%), inestabilidad hemodinámica en 2 (8%) y elección del paciente en 2 (8%). 11 (44%) tenían CHAD2DS2VASC < 2, 9 (36%) entre 2 y 3 y 5 (20%) > 3. La sedoanalgesia se realizó con fentanilo y midazolam en 24 pacientes y con propofol en 1. Sólo 3 pacientes (12%), necesitaron 2 descargas. El tiempo medio de seguimiento fue de 15,20 meses (± 8,13) estando todos los pacientes que cardiovertieron en ritmo sinusal al final del seguimiento. La arritmia recidivó en 10 pacientes (43%). 1 paciente tuvo 3 recidivas, 3 tuvieron 2 y el resto 1. No se produjo ningún evento tromboembólico. El tiempo medio de estancia en urgencias fue de 5,2 horas (IC 95%, 2,89-7,51 horas). 16 (64%) pacientes fueron dados de alta desde Urgencias y 9 (36%) ingresaron.

CONCLUSIONES:

La CVE es segura y eficaz realizada también por urgenciólogos y acorta la estancia hospitalaria del paciente.



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

O-1114

**INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y ANEMIA:
¿INFLUYE EL VOLUMEN DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO
EN LA MORTALIDAD PRECOZ?**

R Cenjor Martín, W Hinostroza Camposano, I Lobo Cortizo,
C Marinero Noval, M Sánchez González, A Fernández Rodríguez,
P Herrero Puente

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca/heart failure-anemia/anemia-mortalidad/
mortality

OBJETIVOS:

Determinar la capacidad pronóstica del ADE en pacientes con ICA y anemia atendidos desde Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de los pacientes atendidos en el SUH con anemia e ICA, definida según las guías actuales de IC de la SEC. Variables consideradas: ADE dividido en cuartiles, comorbilidades fundamentales, monitorización a la llegada a Urgencias, datos de laboratorio, tratamiento previo y urgente y tasa de ingreso hospitalario. El análisis estadístico se realizó con comparación de proporciones mediante ji cuadrado, medias con T-Student y análisis de supervivencia con regresión de Cox.

RESULTADOS:

Se incluyeron 2601 pacientes. Los pacientes del Q4 presentaban con mayor frecuencia valvulopatía ($p = 0,009$), fibrilación auricular ($p < 0,001$), enfermedad cerebrovascular ($p = 0,001$) y arteriopatía periférica ($p = 0,034$), y peor situación basal (NYHA III-IV, $p = 0,001$). Además, recibían más diuréticos del asa ($p < 0,001$), diuréticos ahorradores de potasio ($p = 0,001$), ARaII ($p = 0,006$) y digoxina ($p = 0,048$). Los pacientes del Q4 llegaron al SUH en el episodio agudo más taquipneicos ($p = 0,014$), más hipoxémicos ($p = 0,047$) y más hipotensos ($p = 0,003$) que los del resto de cuartiles. Los datos analíticos fueron para el Q4 de menor hemoglobina ($p < 0,001$), hematocrito ($p < 0,001$), glucosa ($p = 0,008$) y sodio ($p = 0,003$) y peor urea ($p < 0,001$) y filtrado glomerular ($p = 0,013$). La prevalencia de fibrilación auricular fue mayor ($p < 0,001$) en el Q4. En relación con el tratamiento agudo, los pacientes del Q4 precisaron más diuréticos en bolo ($p = 0,001$) y en perfusión ($p = 0,017$) y nitratos ($p = 0,048$). La tasa ingreso hospitalario fue mayor para los pacientes del Q4 (81,9% vs. 69,1, 75,1 y 79,7% de los cuartiles 1, 2 y 3 respectivamente, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias entre los grupos respecto a la mortalidad (HR del Q4:1.02, IC95% 0.75-1.38, $p = 0.91$).

CONCLUSIONES:

El mayor ADE de los pacientes con ICA y anemia correspondía a los pacientes con mayores comorbilidades y tratamiento inicial que llegaban al SUH en peor situación y que tras el episodio agudo precisaron mayores requerimientos farmacológicos y presentaron mayor tasa de ingreso hospitalario. No obstante, no encontramos diferencias en lo relativo a mortalidad.

O-1115

**PERFIL Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES MAYORES
DE 80 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR
Y FLUTTER AURICULAR EN URGENCIAS**

M Avellana Gallán, MF Barcones Molero, JE Alonso Formento,
MJ Pueyo Morer, C Garcés San José, M de Azúa Jiménez

Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-atrial flutter-aged

OBJETIVOS:

Conocer las características y tratamiento de los pacientes mayores de 80 años diagnosticados de FA/FLA en los servicios de urgencias de nuestra área de asistencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de FA/FLA atendidos en los servicios de urgencias de la red hospitalaria del SALUD en los seis últimos meses de 2012 a 2015. Estos datos forman parte del estudio SARaIV del grupo de arritmias de SEMES AVANZA de ARAGÓN.

RESULTADOS:

Nuestro estudio contiene 3971 pacientes con 80 años o más, suponiendo el 43,5% del total de los pacientes, con edad media de 86,17 años, siendo 61,3% mujeres. Presentaban una media en las escalas de CHA2DS2VASC de 4,2 y HASBLED de 2,28. Como factores de riesgo asociados en orden decreciente: hipertensión arterial (74,3%), Diabetes Mellitus (23,1%), insuficiencia cardiaca (22,9%), cardiopatía isquémica (14,6%), ictus (13,4%), vasculopatía periférica (5,3%), insuficiencia renal (8,2%), e insuficiencia hepática (0,6%). Un 7,1% tenían valvulopatía significativa. El 88,8% presentaban fibrilación auricular, y 9,1% flutter auricular. Como profilaxis tromboembólica 9,2% pacientes recibieron antiagregantes, 64% anticoagulantes y 17,5% ningún tratamiento. De los anticoagulados, la mayoría fue con antagonistas de la vitamina K (43,8%), un 9,1% con anticoagulantes de acción directa y un 11,2% con heparinas de bajo peso molecular. Se emplearon fármacos para control de frecuencia cardiaca en 46,8% y para control del ritmo en 16,5%. De los fármacos utilizados en el momento del alta o ingreso destacan en primer lugar la digoxina (20,1%), seguida de los calcio-antagonistas (18,1%) y los betabloqueantes (17,8%). De todos ellos, el 16,8% de pacientes fueron a domicilio en ritmo sinusal. Finalmente el 47,8% fueron dados de alta a domicilio y el 52,2% ingresaron.

CONCLUSIONES:

Los pacientes mayores de 80 años con FA/FLA son un desafío al tratarse de pacientes con mayor riesgo tromboembólico, más riesgo de sangrado, más morbilidad secundaria con más ingresos hospitalarios, por lo que se debe ajustar el tratamiento adecuándolo a las características individuales del enfermo.



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

O-1159

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho,
B De la Villa Zamora, N Rodríguez García, B Medina Tovar,
P Piñera Salmerón

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulantes orales-escalas

OBJETIVOS:

Valorar las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) analizando la indicación de profilaxis antitrombótica preferentemente con anticoagulantes orales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) de Murcia, atendiendo a una población de 200.000 habitantes y 275 urgencias/días. Cumplieron los criterios de inclusión en el estudio 762 pacientes con diagnóstico de FA desde el 1 de Octubre de 2012 a 30 de Diciembre de 2013. Las variables analizadas: edad media, sexo, puntuaciones de escala CHA2DS2-VASc y HAS-BLED y tratamiento anticoagulante previo y tras alta. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS de IBM®, versión 21.0.

RESULTADOS:

La edad media del estudio es de 72 años siendo mujeres un 64,59% y hombres 35,61%. En relación a los fármacos anticoagulantes antes del ingreso llevaban: acenocumarol 28.25%, dabigatrán 3.68%, rivaroxabán 2.37%, HBPM 0.92%, warfarina 0.66%, apixabán 0.13% y no llevaba ningún anticoagulante 63.34%. Al alta se pautó: acenocumarol 27.4%, rivaroxaban 18.9%, dabigatrán 12.6% y no llevaban anticoagulación 29.96%. La puntuación media de la escala CHA2DS2-VASc fue de 3.39, obteniendo una puntuación ? 2 en 82.76%, 1 en 9.20% y 0 en 8.02%. La media en la escala HAS-BLED fue de 2.25 obteniendo una puntuación ? 3 en 39.95%, 2 en 32.13%, 1 en 16.69% y 0 en 11.30%.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a lo que indican las GPC sobre terapia anticoagulante para prevención de eventos cardioembólicos en pacientes con FA, en nuestra muestra, la mayoría de pacientes recibieron al alta tratamiento anticoagulante de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en escala CHA2DS2-VASc y HAS-BLED. En algunas situaciones, la decisión de iniciar anticoagulación es complicada debido a los potenciales riesgos.

O-1160

EVENTOS HEMORRÁGICOS MAYORES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES Y/O ANTICOAGULANTES ORALES

MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho,
N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, P Piñera Salmerón,
B Medina Tovar

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-eventos hemorrágicos-anticoagulantes

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia de eventos hemorrágicos en pacientes con fibrilación auricular que reciben tratamiento antiagregante y anticoagulante en los 6 meses posteriores al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) de Murcia, atendiendo a una población de 200.000 habitantes y 275 urgencias/días. Cumplieron los criterios de inclusión en el estudio 762 pacientes con diagnóstico de FA desde el 1 de Octubre de 2012 a 30 de Diciembre de 2013. Las variables analizadas: edad media, sexo, tratamiento anticoagulante y eventos hemorrágicos en los 6 meses tras alta. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS de IBM®, versión 21.0.

RESULTADOS:

La edad media del estudio es de 72 años siendo mujeres un 64,59% y hombres 35,61%. En nuestra muestra se observó únicamente 22 episodios de sangrado mayor en los seis meses posteriores al alta. De ellos, un 5.38% recibían sólo antiagregantes y un 6% anticoagulantes orales. En relación a los fármacos antiagregantes, se observó que el evento hemorrágico se presentó en un 85.71% de los pacientes en tratamiento con ácido acetilsalicílico y en un 42.86% con clopidogrel. Del total de paciente que presentaron hemorragia en tratamiento con anticoagulantes orales, el acenocumarol estaba presente en un 71.42%, seguido de rivaroxaban en un 35.71% y 7.14% con dabigatrán.

CONCLUSIONES:

La prevalencia en nuestra muestra de eventos hemorrágicos mayores en pacientes que reciben tratamiento antiagregante y anticoagulante es baja, sin embargo, debemos tener en cuenta que puede ocasionar un incremento significativo del riesgo de complicaciones hemorrágicas mayores por lo que antes de indicar el tratamiento es imprescindible hacer una adecuada valoración del beneficio/riesgo utilizando los métodos de estratificación CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-1165

FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA
EN PACIENTES CON FA EN URGENCIAS

B de la villa Zamora, N Rodríguez García, MJ Martínez Valero,
MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, B Medina Tovar,
P Piñera Salmerón

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-evolution-clinical

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre la sintomatología de presentación de la FA y la duración de dicha sintomatología.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general con una población de 200000 y 275 urgencias al día. Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de FA atendidos en nuestro servicio entre Octubre de 2012 y Diciembre de 2013. Los síntomas estudiados fueron disnea, síncope, dolor torácico, mareo, alteraciones tromboembólicas, palpitaciones y hallazgo casual.

RESULTADOS:

El total de los pacientes fue de 764. De los que presentaban disnea (31.8%), 41.5% la presentó menos de 48 h, 23.8% más de 48 h y 29.2% de forma indeterminada. En cuanto al síncope (2.8%), 9% lo presentó más de 48 h, el 18% de manera indeterminada y el 72% menos de 48 h. Con respecto al dolor torácico (24.8%), 13.2% lo presentó más de 48 h, 12.7% de forma indeterminada y 73.5% menos de 48 h. El 12,3% presentó mareo, 27.65% de manera indeterminada, 13.8% más de 48 h y 58.5% menos de 48 h. Los que presentaron alteraciones tromboembólicas, el 60% las presentó menos de 48 h y el 40% de manera indeterminada. El 48.4% presentó palpitaciones, 15.9% más de 48 h, 14.3% de forma indeterminada y 68.8% menos de 48 h. El 7.48%, fue diagnosticado de FA de forma casual, 10.52% más de 48 h, 87.7% de forma indeterminada y 1.75% menos de 48 h.

CONCLUSIONES:

Según las guías de práctica clínica, el tiempo de evolución determina parte del manejo de la FA. La FA asintomática (diagnosticada de manera casual) o con síntomas inespecíficos (mareo, disnea...), puede conllevar consecuencias graves como ACV o muerte, principalmente por el retraso en el tratamiento antiarrítmico y la anticoagulación, siendo estas formas de presentación frecuentes en nuestros servicio. Sería recomendable plantearse la realización de ECG a población en riesgo (ancianos, cardiopatas...) para mejorar esta situación.

O-1187

PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS CON FIBRILACIÓN
Y FLUTTER AURICULAR CON INSUFICIENCIA RENAL

C Garcés San José, MF Barcones Molero, JE Alonso Formento,
MJ Pueyo Morer, M de Azúa Jiménez, M Avellana Gallán

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: arritmias-insuficiencia renal-tromboprofilaxis

OBJETIVOS:

Describir las características de la arritmia, tratamiento y destino de pacientes atendidos en urgencias hospitalarias con FA/FLA e IR.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnósticos de fibrilación auricular (FA)/fibriloflutter auricular(FLA), atendidos en urgencias de hospitales del SALUD de Aragón, en los últimos seis meses de 2012 a 2015, registrando datos epidemiológicos, de la arritmia, factores asociados, tratamiento antiarrítmico, profilaxis tromboembólica, destino y ritmo cardiaco al alta. Se calculan las escalas CHA2DS2VASC Y HASBLED. Estos datos forman parte del estudio SEMES ARAGÓN AVANZA.

RESULTADOS:

De todos los pacientes atendidos en urgencias por FA/FLA, un 5,4% (497) tienen IR, la mayoría son varones (50,5%) de 81,53 años de edad media. La media del CHADSVASC es 4,26, y de HASBLED de 3,33. Entre los factores de riesgo destaca la hipertensión arterial (82,3%), insuficiencia cardiaca (32,8%), Diabetes Mellitas (32,2%), cardiopatía isquémica (19,9%), ictus (14,9%), valvulopatía significativa (12,9%) y vasculopatía periférica (9,1%). La mayoría de las arritmias fue FA (88,9%) y 10,9% FLA. Un 51,9% fueron arritmias paroxísticas y 48,1% persistentes o permanentes. Sobre el riesgo trombo-embólico destaca que 1,6% tenían CHADSVASC uno y 98,2% dos ó más puntos. El 86,9% tienen puntuación HASBLED tres ó más puntos. Para la profilaxis tromboembólica se utilizaron antiagregantes en un 8,5%, AVK en 46,1%, 6% anticoagulantes de acción directa, 11,3% HBPM y 18,7% no se administró profilaxis. De los antiarrítmicos utilizados 20,1% fueron para control del ritmo, y 47,1% para la frecuencia cardiaca. Al alta destaca el uso de betabloqueantes (23,1%), y calcioantagonistas (20,5%). De todos los pacientes atendidos con estas arritmias con insuficiencia renal un 18,1% se fueron al alta o ingresaron en ritmo sinusal. Su destino final fue principalmente ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con FA/FLA atendidos en urgencias con insuficiencia renal, tienen más riesgo de sangrado, menos paso a ritmo sinusal, más uso de antiagregantes y AVK, menos de anticoagulantes de acción directa, y más ingresos hospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-772

ELECTROCARDIOGRAFÍA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

S Torres Armendáriz

Osasunbidea

PALABRAS CLAVE: electrocardiograma-interpretación-síndrome coronario agudo**OBJETIVOS:**

Crear un póster sobre electrocardiografía para síndrome coronario agudo destinado a los profesionales de enfermería, de manera que este colectivo aumente sus conocimientos y sirva de ayuda en la interpretación del ECG, especialmente en las unidades de cuidados críticos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo exploratorio. Así, se ha realizado una investigación documental a partir de la revisión bibliográfica.

RESULTADOS:

El Póster surge tras la revisión bibliográfica realizada sobre el estado actual de la cuestión. Contribuye a una actualización del conocimiento actual en función de la evidencia presente.

CONCLUSIONES:

El paulatino incremento de las responsabilidades de los profesionales de enfermería que se hace evidente en la práctica asistencial (prescripción farmacológica, mayor autonomía?) implica la adquisición de conocimientos en muchas áreas. Una de ellas es la electrocardiografía. A la vista de los conocimientos teóricos y prácticos que las enfermeras poseen sobre ECG, en este trabajo se ha constatado que es imprescindible la formación específica de enfermería en su análisis. Puesto que son crecientes e inesperadas las situaciones en las unidades de cuidados críticos en las que es la enfermera el profesional que debe decidir rápidamente si un ECG es normal o presenta algún tipo de alteración vital es importante que esté capacitada para ello. Por todo lo anterior, se considera que este Póster es muy útil para enfermería y sería de interés su inclusión en las distintas áreas de cuidados críticos como material de aprendizaje, modelo o refuerzo a todas aquellas enfermeras que así lo deseen.

P-774

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREHOSPITALARIA EN UME RURAL

MJ Sánchez Sánchez (1), JM Fernández Núñez (2)

(1) Unidad Medicalizada de Emergencias. Herrera del Duque, Badajoz. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-emergencia-tratamiento**OBJETIVOS:**

Epidemiología de los pacientes por los que somos activados y en los que objetivamos una FA como diagnóstico principal, así como su manejo en una UME (unidad medicalizada de emergencias) rural.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por nuestra unidad con FA durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas. Las variables recogidas fueron sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, frecuencia cardiaca, cronología de la misma, tratamiento administrado y sintomatología. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSSv.17 para Windows.

RESULTADOS:

El total de pacientes atendidos fueron 275, de los cuales 29 (10,5%) lo fueron por FA. La edad media fue de $75,7 \pm 21,3$ años, siendo el sexo predominante el femenino. El factor de riesgo cardiovasculares más frecuente fue HTA, seguido de dislipemia. El 80% tenía respuesta ventricular rápida. El 51% tuvo FA de reciente comienzo. El fármaco más usado fue la amiodarona seguido de digoxina y betabloqueantes. De ellos revirtieron a ritmo sinusal el 38%. Para las FA con respuesta lenta se usó aleudrina en 2 pacientes y 1 precisó de marcapasos transcutáneo. Dos pacientes tuvieron insuficiencia cardiaca sobrevenida y precisaron de furosemida. El síntoma más frecuente fue palpitaciones, seguido de disnea, dolor torácico, sensación de mareo y síncope.

CONCLUSIONES:

La FA es el motivo de activación más frecuente en nuestra UME. El principal factor de riesgo es la HTA y el manejo de la FA está basado en el tratamiento individualizado, dependiendo de la estabilidad hemodinámica del paciente, la presencia de síntomas acompañantes y de la existencia de cardiopatía estructural significativa inicialmente. Probablemente habría que replantear el tratamiento inicial del paciente ya que el fármaco más usado es la amiodarona. Si bien es cierto que es un estudio de pocos pacientes porque nuestra área de salud, abarca una población de solo 21.497 habitantes.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-775

IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UN BOX DE DOLOR TORÁCICO EN EL MANEJO DE ESTA PATOLOGÍA EN URGENCIAS

A Lacunza González, E Montosa Narváez, J Modol Deltell,
F Aceituno Castillo, L García Vidal

Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

PALABRAS CLAVE: box de dolor torácico-urgencias-IAM

OBJETIVOS:

Evaluar el impacto de la creación de este Box en el manejo de los pacientes que consultan a urgencias por DT. Valorar los factores asociados al retraso en la evaluación de estos pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo donde se incluyen los pacientes que consultan en urgencias de un hospital por DT durante tres meses. Se recogen datos clínicos, tiempo de asistencia y destinación. Se comparan los tiempos de asistencia de los ingresados en Cardiología en el mismo periodo del año anterior.

RESULTADOS:

Se incluyen 363 pacientes, edad media 57 años (DE 17,7), 54,5% hombres. El 24% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. La media de tiempo hasta hacerse el ECG fue de 22 (1-16?), en 99,2% de los casos < 10?, y en 88,2% valorado por el médico en <10?. El diagnóstico fue de síndrome coronario agudo en un 11,8%. El 88,4% fueron dados de alta y el 11,6% ingresados. No se observan diferencias en la edad, sexo, hora de entrada ni antecedentes entre los que se complementó la evolución en <10? y el resto, pero estos segundos fueron atendidos en días laborables y fueron dados de alta más frecuentemente (86% vs. 64,1%, p 0,004 y 97,7% vs. 87,2%, p0,03). El tiempo de estancia en urgencias de los que ingresaban a Cardiología se ha reducido de 327,5? a 230,5? (29,6%).

CONCLUSIONES:

Con la implantación de un box de DT se realiza un ECG en < 10? en casi la totalidad de los pacientes y se reduce sustancialmente su tiempo de estancia en urgencias. Los casos en los que se demoró el ECG corresponden a pacientes de baja gravedad que pueden ser dados de alta des de urgencias.

P-776

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA (DAA)

L Rodríguez Corominas, E Baztarrika Lizarralde, S Martínez García,
I Navarro Oñate, JM Gómez Mercader, P Espi Palomares,
R Parra Mulet

Universidad Europea de Valencia (UEV)

PALABRAS CLAVE: aorta-disección-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Conocer las actividades enfermeras en pacientes adultos con sospecha disección aórtica aguda y seguimiento.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Bibliografía publicada sobre disección aórtica aguda en pacientes adultos Revisión sistemática de la literatura publicada. Búsqueda en bases de datos como CINAHL, MEDLINE, COCHRANE LIBRARY y PUBMED. Los descriptores introducidos son Enfermería, disección, aorta, emergencia? y su traducción al inglés.

RESULTADOS:

Diagnóstico: Manifestaciones clínicas: dolor intenso, agudo y de aparición súbita. La localización de este dolor puede sugerir la localización de la disección. - Valorar la características de los pulsos arteriales y la presencia de presión diferencial entre las extremidades. Realizar: - El ECG de 12 derivaciones para facilitar diagnóstico diferencial de IAM. - La radiografía de tórax - Tomografía computerizada.(TC/TAC) Tratamiento: - tipo A (QUIRURGICO) Colocar un injerto de Dacron en la aorta (de refuerzo) para intentar sellar la entrada y salida de la disección. - Tipo B (MEDICO) El objetivo principal del tratamiento médico es reducir la fuerza de contracción del ventrículo izquierdo. - Control del dolor - control de la tensión con beta-bloqueantes de vida media corta endovenosos (esmolol - labetalol) Seguimiento: - Tipo A: control post intervención quirúrgica en UCI, en caso de no ser posible una intervención inmediata, deben ingresar antes en la UCI. - Tipo B: Si hay persistencia de dolor e isquemia de órganos vitales ingreso en UCI. Todos los pacientes de Tipo B han de estar en observación con monitorización de tensión.

CONCLUSIONES:

La disección aórtica aguda en sus dos tipos, presenta una emergencia para el equipo asistencial. El correcto procedimiento del manejo de la DAA ayuda a no retrasar la terapéutica requerida según el tipo y por consecuencia el pronóstico de la misma.





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

P-777

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA FRAGILIDAD DEL PACIENTE ANCIANO CON ICA EN NUESTRA UCE Y LA EVOLUCIÓN DE SU ASISTENCIA?

P Fraguas Reverendo, M del Olmo Morales, JR Trespaderne Díez, MB Arciniega Salazar, JM Álvarez Pérez, P López Díez

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: fragilidad-insuficiencia cardiaca-UCE

OBJETIVOS:

Analizar si existe alguna relación entre algunas de las escalas de fragilidad del paciente anciano que ingresa en nuestra UCE con el diagnóstico de ICA y la evolución, estancia media, complicaciones y devenir posterior a su alta de la Unidad. Reflejar cómo ha sido la evolución en lo referente a estancia media, necesidad de traslado a otra unidad hospitalaria convencional, reconsulta o reingreso tras su alta de la UCE, así como la mortalidad durante el ingreso y al mes del alta, en relación con las diferentes escalas de fragilidad que presentan los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo observacional, llevado a cabo entre los meses de Octubre de 2016 a Febrero del 2017, y realizado sobre 100 pacientes ancianos (mayores de 75 años) ingresados en nuestra UCE con el diagnóstico de ICA. Se analizan algunas características de fragilidad, dependencia, comorbilidad, etc, y los resultados obtenidos en los aspectos de estancia media, traslado, reconsulta/reingreso y mortalidad a los 30 días del alta.

RESULTADOS:

La edad media de nuestros pacientes incluidos ha sido de 85,79 años. La estancia media en nuestra UCE ha sido de 3,05 días. El perfil del paciente que ha presentado unas estancias medias más prolongadas, ha sido el paciente que vive solo, junto con el parcialmente dependiente, y el que presenta una identificación senior at risk (ISAR) mayor y una comorbilidad (Charlson) también más elevada. La necesidad de traslado a otra unidad de hospitalización convencional, ha sido mayor en el paciente independiente, en aquél que vive acompañado, y en el que presentaba una mayor comorbilidad al ingreso en la Unidad.

CONCLUSIONES:

El uso de las escalas de fragilidad en el paciente anciano con ICA en nuestras UCE, aparte de mejorar la calidad asistencial, puede ayudarnos a seleccionar mejor a aquellos pacientes que más se pueden beneficiar de ingreso en una Unidad de Corta Estancia y predecir su evolución y complicaciones.

P-788

UNA TOSTADA, UN INFARTO

N Vicario Jiménez (1), C Peña Busto (1), P Bustamante Marcos (1), I Álvarez Nozal (1), S De Andrés Loste (2), D Serrano Herrero (1)

(1) Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. (2) C. S. Arturo Eyries. Valladolid

PALABRAS CLAVE: código infarto-dolor torácico-epigastralgia

OBJETIVOS:

Demostrar que un síndrome coronario se puede presentar de formas atípicas y puede pasar desapercibido, de ahí la importancia de tomar constantes y realizar ECG.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Acude a urgencias por dolor en epigastrio de 20 minutos de evolución, relacionado con la toma de una tostada mal masticada que ha notado que le raspaba. Constantes y exploración de garganta y cardiopulmonar normal. El dolor se incrementa y comienza a hipotensarse, por lo que se hace ECG evidenciándose ritmo sinusal a 55 lpm con elevación de ST de V1-V6 y ecocardiograma. Troponinas de 54,31. Dada la corta evolución (30 minutos) se deriva a Hemodinámica de HUBU, activando el código infarto, para Angioplastia Primaria, previa toma de Bisoprolol 2,5, Inyesprin, 1/2 ampolla de Morfina y Prasugrel 70. A la llegada se hace angiografía observando dominancia derecha. Dada la buena evolución se pasa a planta de Cardiología donde permanece estable, con ECG con ritmo sinusal a 55 lpm con BRD, HBA Izqdo, BAV de 1º grado, T negativa profunda y simétrica en I, aVL, y V1-V2. Se da de alta en tratamiento con Adiro 100 mg, Prasugrel 10 mg, Atorvastatina 80 mg y Paraprés plus 16/12,5.

RESULTADOS:

IAMCEST anterior. Enfermedad coronaria de DA y CX. ACTP-stent farmacoactivo en DA y CX. Origen anómalo de Cx desde CD. Insuficiencia renal aguda en probable relación a contraste yodado.

CONCLUSIONES:

La patología coronaria tiene gran incidencia en la población, y no siempre la sintomatología es típica, por lo que es necesario ante cualquier dolor torácico o epigástrico la realización de ECG. La importancia de crear códigos infarto en las comunidades, facilita una coordinación entre los distintos servicios para dar al paciente el mejor tratamiento posible en el menor tiempo disponible y con la mayor calidad post-tratamiento.





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

P-796

FENÓMENO DE MILKING COMO PRESENTACIÓN DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

JJ García Clari, F Salvador Suárez, M Ruhr Mueller, R García Dolz,
A Navarro Adam, F Benavent Ordiñana, J Montagud Moncho

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: myocardial bridging-coronary artery disease-angiographic milking

OBJETIVOS:

Presentamos el caso de una paciente de 70 años que acude al SUH por presentar dolor torácico izquierdo, a nivel submamilar, de una semana de evolución, en reposo y de unos 30-40 minutos de duración. Hoy presenta opresión torácica retroesternal, irradiada a hombro izquierdo y cuello, que cede tras toma de cafinitrina sublingual. ANTECEDENTES No alergia a fármacos. Hipertensión Arterial. Dislipemia. Gastritis atrófica. No Diabetes Mellitus. Anexectomía izquierda.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

EXPLORACIÓN FÍSICA Buen estado general. Eupneica en reposo. Consciente y Orientada, sin focalidad neurológica. Afebril. No edemas en miembros inferiores. T.A : 159/64 mmHg. Sat O2: 98%. A. cardíaca: Tonos rítmicos. Soplo sistólico I/VI. 2R conservado. A. Pulmonar: Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible sin puntos dolorosos ni defensa. **EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA** Analítica: Normal, con Troponina T seriadas normales. ECG: Ritmo sinusal a 68 latidos/minuto. PR normal. Crecimiento auricular izquierdo. BCRDHH. No signos de Isquemia aguda. Repolarización secundaria (sin cambios respecto a ECGs previos). RX Tórax: Elongación aórtica con ateroma aórtica calcificado. Mínima cardiomegalia. No signos de insuficiencia ventricular izquierda. Ante la sospecha clínica de Síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) ingresa en Servicio de Cardiología.

RESULTADOS:

EVOLUCIÓN Se realiza Prueba de Esfuerzo : BRUCE I. Máxima. Clínica positiva similar a la espontánea. ECG dudoso positivo por descenso ST de hasta 2.5 mm en derivaciones precordiales derechas (las del BRDHH). Se completa el estudio con CORONARIOGRAFÍA identificando a nivel de arteria Descendente Anterior (ADA) un puente Miocárdico distal. TCI, ACX y ACD eran normales.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con trayecto intramiocárdico con fenómeno de Milking sistólico de la arteria descendente anterior tienen buen pronóstico a largo plazo. Sin embargo, el 60% requieren administración de medicación antianginosa de forma crónica y en un pequeño porcentaje la cardiopatía isquémica se manifiesta en sus formas más agresivas (infarto de miocardio o muerte súbita). La revascularización debería replantearse exclusivamente en casos severamente sintomáticos que no puedan ser controlados con medicación oral.

P-797

INTERCONSULTAS DE URGENCIAS A CARDIOLOGÍA: PERFIL Y DESTINO DEL PACIENTE

V León Argüero, A Gil Sánchez, D Moro Quesada,
C Fernández Iglesias, M Deban Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: consulta-cardiología-urgencias

OBJETIVOS:

Valorar los motivos de petición y el destino de las interconsultas realizadas desde el Servicio de Urgencias al Servicio de Cardiología, en un hospital de cuarto nivel con historia clínica informatizada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron y analizaron todas las interconsultas realizadas de Urgencias a Cardiología desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2016, estudiando el motivo de consulta y el destino final del paciente.

RESULTADOS:

En total se realizaron 2739 IC. Los motivos de consulta principales fueron la angina / dolor torácico en estudio (38,7%), insuficiencia cardíaca (25,5%), Síncope (7,1%), Arritmias y bloqueo AV (9,8%) Código Infarto (6,5%) y patología pericárdica (2%). 45 consultas (1,7%) fueron para valoración de pacientes con parada cardíaca durante o tras reanimación cardiopulmonar. El resto de consultas (9%) correspondían a patología del trasplante, endocarditis, complicaciones de procedimientos o dispositivos, patología aórtica o alteraciones inespecíficas del electrocardiograma o los marcadores de daño miocárdico. De los pacientes por los que se consultó, 1492 (54,5%) ingresaron en Cardiología, 261 (9,5%) en otras especialidades y 26 (1% en Medicina Intensiva). 954 (35%) fueron altas desde Urgencias y 6 pacientes (0,2%) fallecieron en el Servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES:

La interconsulta es una herramienta básica para complementar la valoración de pacientes en el Servicio de Urgencias. En nuestro centro, de forma similar a registros previos, la patología que más frecuentemente precisa de consulta con Cardiología es la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca. Aproximadamente dos tercios de los pacientes por los que se solicita valoración ingresan, lo que parece indicar que las consultas realizadas están en general bien indicadas.



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

P-798

ASISTENCIAS VENTRICULARES DE LARGA DURACIÓN: QUÉ DEBE SABER EL MÉDICO DE URGENCIAS

V León Argüero, A Gil Sánchez, C Fernández Iglesias,
M Debán Fernández, D Moro Quesada

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-asistencia ventricular-urgencias

OBJETIVOS:

Resumir las características y aspectos principales de estos dispositivos para el manejo del paciente portador de AVLD en Urgencias y reconocer las posibles complicaciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Las asistencias ventriculares de larga duración de flujo continuo: características.

RESULTADOS:

La exploración física puede resultar compleja: al ser dispositivos de flujo continuo el paciente no tiene pulso palpable y no puede medirse la tensión arterial por auscultación. La frecuencia cardiaca puede medirse por auscultación, para la tensión se precisa de esfigmomanómetro y un doppler vascular (o monitorización invasiva). El objetivo de tensión media es 90 mmHg, en caso de ser superior se recomiendan IECAs, ARA II, nitratos o hidralazina. Las complicaciones más frecuentes son la infección de las líneas del dispositivo, por lo que deben explorarse los cables del dispositivo a la batería externa, el sangrado (precisan antiagregación y anticoagulación con cumarínicos para evitar trombosis del dispositivo), hemólisis, trombosis del dispositivo o embolismos periféricos, disfunción ventricular derecha e ictus. La interrogación y modificación de parámetros del dispositivo precisa de personal entrenado. El tratamiento de la insuficiencia cardiaca es el habitual en cualquier paciente con disfunción ventricular.

CONCLUSIONES:

Los nuevos avances en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca ofrecen novedades y retos en el manejo urgente de los pacientes portadores de dispositivos de asistencia ventricular de larga duración. El médico de urgencias debe conocer las características básicas y posibles complicaciones de estos dispositivos.

P-807

PACIENTE DE 64 AÑOS CON PARESIA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

MR Ruiz Cosano, B Pavón Flores

Hospital SAS Jerez de la Frontera. Cádiz

PALABRAS CLAVE: neoplasias pulmonares-accidente cerebrovascular-paresia

OBJETIVOS:

Determinar la relación entre ictus y carcinoma de pulmón, valorar el tiempo de supervivencia cuando aparecen ambas patologías.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de historias de consultas en Urgencias, de planta de Neurología y de consultas de Oncología.

RESULTADOS:

El diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón se realizó en el momento del ingreso en Neurología por ictus isquémico, el estadio era IIIB, con afectación mediastínica y de vena pulmonar. Fue tratado con quimioterapia con escasa respuesta y toxicidad hematológica. Recibió posteriormente radioterapia paliativa. Falleció a los seis meses por derrame pleural masivo, atelectasia submasiva derecha, cuadro pseudoobstructivo intestinal y delirium.

CONCLUSIONES:

Existe un aumento de incidencia de ictus en pacientes con cáncer de pulmón (5,1% en comparación a 1,2% del control). Es debido a endocarditis trombótica no bacteriana (18,5% causa del ictus) y a fenómenos de coagulación intravascular diseminada a nivel cerebral (9,6% causa del ictus). La aparición de ictus se asocia con más frecuencia a cáncer de pulmón (11%), otras neoplasias que se asocian pero con menos frecuencia son los tumores gastrointestinales (6%) y el linfoma (5%). La mediana de supervivencia es de 4,5 meses desde el diagnóstico del ictus, un 25% fallecen a los 30 días del diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-812

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL SCORE SAME-TT2R2 COMO PREDICTOR DE COMPORTAMIENTO DE LOS ANTIVITAMINA K EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

R Rodríguez Alonso, A Díez Bermúdez, L Rodríguez Díez, E García Noeda, R Cuadra San Miguel, B Peleteiro Cobo, E Méndez Rodríguez

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-antivitamina k-SAME-TT2R2

OBJETIVOS:

Analizar la proyección en distintos estudios del uso del SAME-TT2R2 así como si compete con el CHA2DS2-VASC a la hora de anticoagular una FA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza una revisión bibliográfica con distintos buscadores viendo la evolución del score para intentar llegar a una conclusión sobre su aplicabilidad.

RESULTADOS:

El score fue publicado por primera vez por Apostolakis en noviembre de 2.103 en la revista CHEST. Los datos para elaborarlos los obtuvo del estudio AFFIRM y pretendía predecir la calidad de la anticoagulación con warfarina en FA, es decir, anticipar el comportamiento del paciente en Tiempo en Rango Terapéutico (TRT). Un grupo danés mandó un trabajo contradiciendo el uso del score a lo que el autor contestó que el estudio de los daneses era sesgado y que no habían entendido su trabajo ya que este score tan solo detecta los outliers que van a tener un comportamiento como INR lábil con el uso de AVK. A pesar de la aclaración del autor del score, se siguen multitud de trabajos que pretende usarlo a semejanza del CHA2DS2-VASC como predictor de riesgo embólico en la FA. En otras revistas con importante factor de impacto se ha propuesto este score para decidir si la anticoagulación en FA se debiera hacer con AVK o anticoagulantes de acción directa, pero esta propuesta no ha sido recogida por las guías de consenso.

CONCLUSIONES:

1.- Este score no debe aplicarse para predecir el riesgo embólico de la FA. 2.- Su uso en Urgencias es nulo si seguimos las recomendaciones 1A de la Guideline ESC 2016 que indican el uso prioritario de anticoagulantes de acción directa en la FA antes que los AVK. El score quedaría reservado para los amantes del Sintrom®. 3.- Si controlásemos 2 de los 6 puntos del score (el tabaco y el no uso concomitante de amiodarona) la puntuación máxima en el mismo bajaría de 8 a 5, lo que supondría en teoría un mejor control del INR en el uso del Sintrom®. Sin embargo, a pesar de su lógica, no he encontrado ningún estudio que lo avale.

P-813

VALIDACIÓN DE UN ALGORITMO A 0 Y 1 HORAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

A Alquézar Arbé, A Durán Cambra, A García Osuna, I Gich Saladich, A Sionis, J Ordóñez Llanos

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: troponina-IAMSEST-algoritmo diagnóstico

OBJETIVOS:

Valorar el rendimiento diagnóstico del algoritmo en un Servicio de Urgencias (SU) de un hospital terciario español.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Cohorte prospectiva reclutada en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sintomatología sugestiva de cardiopatía isquémica, sin elevación del segmento ST en el ECG, y que firmaron el consentimiento informado para ser incluidos en la cohorte. Se midió Tnc-T es de forma seriada, en el momento de la visita del paciente, a la hora y a las 3 horas de la primera determinación.

RESULTADOS:

Se incluyeron 144 pacientes, 36,2% mujeres, edad media 68±15 años. Se diagnosticaron como IAMSEST, 15 casos (10,4%). El algoritmo descartó IAMSEST en 78 pacientes, con 1 falso negativo. La sensibilidad diagnóstica fue de 0,91 y el valor predictivo negativo para la exclusión de IAMSEST de 0,98. El algoritmo diagnosticó como IAMSEST a 24 pacientes, en 10 se confirmó el diagnóstico y 14 fueron falsos positivos. La especificidad diagnóstica fue de 0,85 y el valor predictivo positivo de 0,41 para la confirmación de IAMSEST. Cuarenta y dos pacientes (29,2%) se clasificaron en la ?zona observacional? del algoritmo, que requiere determinaciones adicionales de Tnc-es para confirmar o excluir el IAMSEST, en este grupo 4 pacientes (9,5%) fueron IAMSEST.

CONCLUSIONES:

El rendimiento diagnóstico del algoritmo rápido (0-1h) no es completamente satisfactorio para un SU, ya que su valor predictivo positivo es inferior al 50% y, además, una tercera parte de los pacientes requieren periodos de observación más largos.



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

P-823

ACORTANDO TIEMPOS HASTA LA CARDIOVERSIÓN

A Mercado Pardo, MJ Pérez Durá, MT Martirena Hernández,
C Sanromá Carrasco, SL Reyes Langer, P Romero Crespo,
E Salvo Marco

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: fibrilación atrial-anticoagulantes-cardioversión eléctrica

OBJETIVOS:

Conocer las circunstancias desde la decisión de cardiovertir hasta la realización de cardioversión eléctrica programada (CVEP) en pacientes con FA no valvular de tiempo indeterminado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisamos 179 pacientes con FA > 48 h de novo no anticoagulados y pacientes anticoagulados por FA conocida en los que se decide CVEP, durante 2016, siguiendo varias estrategias preCVEP: -Estrategia A: Detectados en Urgencias, iniciando anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular, enviados a Unidad Hemostasia (para terapia con acenocumarol) y a cardiólogo (que gestiona envío a hospital para CVEP). -Estrategia B: Detectados en Urgencias, al alta con anticoagulantes directos (ACD) y ya citación concreta para CVEP. -Estrategia C: Cardiólogo de zona envía al hospital pacientes con FA crónica anticoagulada para CVEP. Tras CVEP la anticoagulación continúa hasta control por cardiólogo zona/unidad arritmias.

RESULTADOS:

Edad media: 67,8 años, 2/3 varones. Anticoagulación preCVE: 51,4% acenocumarol, 48,6% ACD (12,29% ribaroxabán, 18,99% dabigatán y 17,32% apixabán). Fa > 48 horas no conocida : 43%, usando ACD en 54,4%. CHADVAS más frecuente: 2 CVEP exitosa : 69.89% (13,82% recurrieron), no exitosa en 15.91%, no realizada al presentarse RS en 10,23%, por INR no terapéutico 3.98%. Los antiaritmicos más frecuentemente usados previa CVE: betabloqueantes Desde Urgencias diagnosticados de FA > 48 h de novo 80,7%, desde Cardio 25,4% Desde Urgencias 56% anticoagulados con ACD, desde Cardiología 45%. Tiempo medio espera (TME) con FA de novo : 3,69 semanas con ACD, 13,77 semanas con acenocumarol, TME para CVEP en FA crónicas anticoaguladas: 8,01 semanas con ACD, 9,6 con acenocumarol.

CONCLUSIONES:

- ACD permiten una CVEP más precoz en FA>48h de novo. - Beneficio de aprobación del uso de ACD para CVEP: control de ritmo y síntomas más precoz y ahorro tiempo de anticoagulación en CHADVAS = 0. - No predominancia de ACD concreto. - Urgencias envía gran proporción de pacientes con Fa de novo, > 50% con ACD. - Imprescindible colaboración entre Servicios de Urgencias y Cardiología/ unidad de arritmias para llevar a cabo este protocolo de CVEP precoz.

P-837

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

R Cuervo Pinto, C Clemente Callejo, L Mateos Sánchez, MJ Cardeñoso Cortés, M Pérez Molina, V Rodríguez Neira, D Chaparro Pardo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-unidad de corta estancia-urgencias

OBJETIVOS:

Determinar las características clínicas, epidemiológicas y de evolución al alta de los pacientes ingresados en la UCE de un hospital terciario por ICA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó todos aquellos pacientes ingresados y dados de alta desde la UCE con diagnóstico de ICA entre los años 2012-2014. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, comorbilidad medida por índice de Charlson y antecedentes cardiovasculares), clínicos (Aclaramiento de creatinina, cifras de tensión arterial y cifras de glucemia al ingreso) y de evolución (días de ingreso y porcentaje de reconsulta a los tres meses).

RESULTADOS:

Se incluyeron 844 pacientes, edad media 81 años (DE8,7), 40.3% varones, con una mediana de comorbilidad de 2 (RIC 1-4). El 54.3%(458) tenía antecedentes de ICC de insuficiencia cardiaca, el 87,6%(739 de HTA, el 56,8%(n = 476) de dislipemia el 24,4%(n = 206) de cardiopatía isquémica y el 37,7% (n = 315) eran diabéticos. Los pacientes de nuestra muestra presentaban de media una insuficiencia renal moderada con una media de Clcr de 57,95 ml/min (DE 22,9), cifras medias de TAS y TAD de 139 mmHg (DE25,59) y 75 mmHg (DE 15,20) respectivamente, una SatO2 media al ingreso del 94%(DE 4,09), Glucemia media al ingreso 129,62 mg/dl (DE 49,59), frecuencia cardiaca media de 83,65 lpm (DE 22,14) y una mediana de NTproBNP 2551 (RIC 1362-5336). La estancia media en los pacientes de nuestra muestra fue de 1,98 días (DE 1,250) y el porcentaje de reconsulta en urgencias a los tres meses fue de un 47,4% (n = 400).

CONCLUSIONES:

Los pacientes ingresados por ICA en nuestra UCE son de edad avanzada, una comorbilidad media, con importante porcentaje de DM y de insuficiencia renal. La estancia media fue muy baja sin embargo el porcentaje de reconsulta a tres meses es elevado lo que obliga a analizar los factores determinantes de dicha reconsulta.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-838

SITUACIÓN ACTUAL DE PACIENTES JÓVENES (< 60 AÑOS) CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR EN ARAGÓN

N Ortega Jiménez (1), E Aldea Molina (2), I Albistur Lesmes (3),
P Alba Esteban (4), C Montesa Lou (5), E Alonso Fomento (6),
J Gómez Bitrián (7)

(1) Hospital MAZ. Zaragoza. (2) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Hospital Royo Villanova. Zaragoza. (4) Hospital de Jaca. Huesca. (5) Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza. (6) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: fibrilación-joven-SARa

OBJETIVOS:

Mejorar la atención a nuestra población <60 años con FA y optimizar las decisiones terapéuticas según los fármacos disponibles para control de frecuencia y prevención de tromboembolismo. Evaluar las características propias del grupo y observar si aplicamos protocolos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes <60 años, atendidos en urgencias del SALUD, con fibrilación/flutter. Revisamos la historia clínica informatizada en programa PCH, del 2012 al 2015, en el periodo del 1 de Julio al 31 de Diciembre. Creamos base de datos para posterior estudio estadístico.

RESULTADOS:

Número casos 1130, 817 varones. FR más prevalente: HTA 388 casos. Segundo FR: DM 102, valvulopatía 84. Tipo de episodio: primer episodio 377 (33.9%), paroxístico 553 (49.8%). Duración <48 h 632 casos (58.8%). Antiagregación 123 (11.7%) pacientes, anticoagulación con AVK 271 (25.9%), dabigatrán 83, rivaroxabán 87 (8.3%), apixaban 29 (2.8%), HBPM 66 (6.3%). Restauradores del ritmo: flecainida 229 (20.3%), amiodarona 311 (27.5%), propafenona 13 (1.2%), CVE 160 (14.2%), de los que 150 revirtieron a sinusal. Fármacos cardioversores en 617 (54.6%) y frenadores 337 (29.8%). Destino: domicilio 857 (75.8%), ingreso 223 (19.7%), consultas externas 37 (3.3%), alta voluntaria 8 pacientes (0.7%).

CONCLUSIONES:

Prevalecen los varones en este grupo de edad. A mayor edad aumenta la incidencia fibrilación/flutter. El FR más prevalente es la HTA. La valvulopatía gana importancia acotando edad a <60 años. AVK son los fármacos de primera línea en profilaxis tromboembólica. ACOD van abriéndose camino. Hay casos en los que está indicada la anticoagulación pero no se realiza. Se antiagrega a pesar de no estar indicado. Los episodios más frecuentes son los paroxísticos de duración <48h por lo que restaurar el ritmo es el objetivo. CVE es la terapia más eficaz para revertir a sinusal. Amiodarona el fármaco más empleado. El destino principal es el domicilio, parece congruente: paciente joven, episodios de corta duración, sin patología concomitante y que se pueden revertir a sinusal.

P-840

APENDAGITIS AGUDA O APENDICITIS EPIPLOICA

E Del Hoyo Peláez, A García Gil, A Martínez Gutierrez, E Ruiz Ortiz,
P Morales Monsalve, L Lapuerta Irigoyen

Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Soria

PALABRAS CLAVE: enfermedad peritoneal-dolor abdominal-diagnóstico

OBJETIVOS:

Apendagitis aguda como causa infradiagnosticada de dolor abdominal agudo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 55 años con antecedentes de DM tipo 2, hipertensión, dislipemia y sobrepeso, que presenta desde hace 3 días dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, no irradiado, que no se modifica con la postura. Deposiciones diarreicas desde hace 2 días, sin fiebre, náuseas ni vómitos. A la exploración únicamente destaca dolor selectivo a la palpación en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.

RESULTADOS:

Ante la ausencia de alteraciones analíticas y radiográficas (Rx abdomen sin hallazgos patológicos), se solicita ecografía abdominal: en fosa iliaca izquierda se aprecia una masa hiperecogénica, ovalada, no compresible, en el punto de máximo dolor, adyacente a colon descendente. Ante la sospecha de apendagitis, se realiza TC abdominopélvico, confirmando lesión ovalada de densidad grasa con halo de hiperatenuación, con cambios inflamatorios de la grasa adyacente. Se implanta tratamiento conservador con analgésicos, evolucionando favorablemente.

CONCLUSIONES:

La apendagitis aguda constituye una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. Puede ser primaria (tras torsión del pedículo o trombosis espontánea de los apéndices epiploicos) o secundaria a procesos inflamatorios de órganos adyacentes (diverticulitis, apendicitis). Ambos mecanismos conllevan disfunción circulatoria intrapendicular con infarto, necrosis grasa y en último término fibrosis o calcificación. La obesidad, hernias abdominales, pérdida de peso rápida o transgresiones dietéticas han sido relacionadas como factores de riesgo. El cuadro clínico típico es dolor abdominal brusco e intenso, bien localizado en cuadrante inferior izquierdo no irradiado y que puede asociar defensa abdominal. Excepcionalmente aparece fiebre, náuseas, vómitos o alteraciones del ritmo deposicional. La inespecificidad de la anamnesis, exploración física y pruebas analíticas y de radiografía básica, hace necesario recurrir a ecografía y/o TC (más sensible y específico) para el diagnóstico. El tratamiento es conservador, consistiendo en reposo, analgésicos y dieta, con buen pronóstico en la mayoría de los casos.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-841

SÍNDROME DE KOUNIS: ANGINA ALÉRGICA

E Del Hoyo Peláez, A Martínez Gutierrez, A García Gil, E Ruiz Ortiz,
P Morales Monsalve, P Guallar Sola

Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Soria

PALABRAS CLAVE: alergia-síndrome coronario agudo-abeja

OBJETIVOS:

Síndrome coronario agudo secundario a reacción alérgica tras picadura de himenópteros.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 38 años que 30 minutos después de una picadura de abeja presenta opresión precordial con cortejo vegetativo, por lo que acude a Urgencias. A la exploración prurito generalizado, rubicundez y edema facial, normoventilación.

RESULTADOS:

En urgencias se administra actocortina, urbasón y polaramine. En ECG destaca elevación del ST de V2 a V6, por lo que se avisa a UCI, administrando adiro, clopidogrel, clexane, atorvastatina, pantoprazol y fibrinolisis con Metalyse. Primeras troponinas TnT 7 ng/l. A los 60 minutos, persiste elevación del ST por lo que se deriva a Hemodinámica de nuestro centro de referencia. En coronariografía, coronarias sin lesiones significativas, aquinesia en segmento apical, hipocinesia moderada en porción basal de cara anterolateral y función ventricular moderadamente deprimida. El paciente presenta un pico de TnT de 11404 ng/l.

CONCLUSIONES:

El SK se trata de un SCA desencadenado por reacciones alérgicas. Cualquier causa de anafilaxia puede desencadenar un episodio: fármacos, picaduras de himenópteros, alimentos, mastocitosis, etc. Se puede dar en pacientes con enfermedad coronaria previa o sin ella. Su fisiopatología se basa en la reacción alérgica, que desencadena degranulación mastocitaria, con liberación local y sistémica de mediadores vasoconstrictores coronarios (histamina y leucotrienos) y degradantes del colágeno (triptasa y quimasa) que erosionan y rompen las placas de ateroma. No hay una prueba patognomónica pero deberían valorarse tanto alteraciones electrocardiográficas (siendo la elevación del ST el hallazgo más frecuente pero no siempre presente), elevación de enzimas cardíacas (que también pueden ser normales) y elevación de triptasa o histamina plasmática. Esta última sería la prueba de mayor utilidad diagnóstica. Por lo tanto, el diagnóstico es por sospecha clínica asociando síntomas de una reacción alérgica aguda y un SCA con un evento previo desencadenante como en este caso fue la picadura de una abeja. Tras la resolución del cuadro agudo, debe completarse el estudio por parte de cardiología y alergología.

P-845

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

S Ventura Díaz, C del Arco Galán, G Fernández Jiménez

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: Dolor Torácico-Síndromes torácicos agudos-Urgencia hospitalaria

OBJETIVOS:

Analizar la distribución de los pacientes cuyo motivo de consulta en triaje fue dolor torácico no traumático, para conocer las diferentes tipologías, grupos diagnósticos y destino.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Ámbito: Urgencias de un Hospital Universitario de tercer Nivel. Tiempo: año 2015. Pacientes: quienes consultaron por dolor torácico no traumático en triaje. Se analiza la distribución por edad, sexo, diagnósticos al alta y destino: hospitalización, domicilio, otros. Los diagnósticos al alta se agruparon en 20 categorías.

RESULTADOS:

En 2015 se atendieron 92.061 urgencias de las cuales 4.298 (4,7%) episodios fueron por dolor torácico. De éstos, 3.598 (83,71%) fueron dados de alta a domicilio, 529 (12,31%) ingresaron, 3 fallecieron y el resto 3,9% son pérdidas o traslados. Los diagnósticos al alta se han establecido en 3.886 pacientes con un único episodio. Edad media de 60,19 años y el 52,95% mujeres. La mayoría 907 (23%) fueron dados de alta con la etiqueta de dolor torácico inespecífico o atípico, 658 (17%) fueron de origen mecánico, 493 (12,6%) eran no asignables (se catalogó como dolor torácico pero el motivo era otro), 442 (11%) fueron arritmias, 323 (8,3%) respiratorio, 254 (6,5%) digestivo, 227 (5,8%) ansiedad, sólo 147 (3,7%) tenían origen isquémico, además, se encontraron 11 embolias de pulmón, 14 neumotórax y sólo 2 disecciones aórticas, entre otros diagnósticos hasta completar las 20 categorías.

CONCLUSIONES:

El dolor torácico representa el 4,7% de nuestras urgencias, son pacientes mayores, predominan las mujeres, la mayoría es dada de alta a domicilio y el diagnóstico es inespecífico. En contra de lo que pudiera esperarse el origen isquémico sólo da cuenta de un 3,7% de las consultas.



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

P-847

UTILIDAD DE LA ESCALA SAME-TT2-R2 PARA PREDECIR LA CALIDAD DE ANTICOAGULACIÓN ORAL CON ANTIVITAMINA K

MA Saadi (1), C Pérez García (1), C Piqueres Mateu (1),
C Tormo Martí (1), N Atienzar Herráez (1), S Cubedo Capella (1),
J Millán Soria (2)

(1) Hospital Luis Alcanyis. Xàtiva, Valencia. (2) Hospital Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulación-antivitamina K

OBJETIVOS:

- Analizar la correlación entre la puntuación SAME-TT2-R2 y el mal control de anticoagulación con AVK - Evaluar las características de los pacientes con FA de nuestro hospital, y las modalidades de anticoagulación utilizadas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron durante 2 meses 88 pacientes con FA y criterios de anticoagulación oral según la escala CHA2DS2-vasc. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), comorbilidades, tipos de FA (paroxística, persistente, permanente), se calcularon las escalas CHADS, CHA2DS2-vasc, HASBLED, SAME-TT2R2, el anticoagulante utilizado, y se recogieron los 6 últimos controles de INR para los tratados con AVK. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre puntuación SAME-TT2R2 y porcentaje de pacientes tratados con AVK con más del 50% de controles INR fuera de rango.

RESULTADOS:

- El coeficiente de correlación entre puntuación SAME-TT2R2 y mal control de anticoagulación fue negativo débil ($r = -0.27$). - La FA más prevalente fue la permanente (62.5%). - La puntuación CHADS más frecuente fue 2 y 3 (36.7% y 35.6%). - La puntuación CHA2DS2-vasc más frecuente fue 4 (31.7%). - La puntuación HASBLED más frecuente fue 2 (47.7%). - La puntuación SAME-TT2R2 más frecuente fue 2 (44.3%). - Los anticoagulantes más usados fueron los AVK (63.2%). - 60% de los pacientes tratados con AVK tenían más de la mitad de los controles fuera de rango.

CONCLUSIONES:

Los resultados de este estudio no nos permiten establecer una relación entre puntuación SAME-TT2R2 y mal control de anticoagulación, como otros estudios más amplios que permitieron validar la escala, probablemente por el número insuficiente de pacientes incluidos. Este estudio nos permitió constatar que en nuestro departamento seguimos tratando un alto porcentaje de pacientes con AVK, la mayoría de ellos con mal control de anticoagulación. También destaca un porcentaje significativo de pacientes tratados con aspirina o sin anticoagulación, en contradicción con las recomendaciones de las guías.

P-853

NO TODO ES UN MIXOMA

CF Piqueres Vidal, P Lucas Aroca, D Lucas Aroca

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

PALABRAS CLAVE: disnea-dolor torácico-masa intracardiaca

OBJETIVOS:

Describir la singularidad y forma de presentación de la metástasis de un carcinosarcoma uterino, en el marco de diagnóstico diferencial ante un cuadro de síncope, con disnea, y dolor torácico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente de 61 años, con antecedentes de histerectomía y doble aneختomía y linfadenectomía por cáncer de endometrio, que presenta episodio de síncope de repetición, disnea y dolor torácico con sudoración profusa. A la auscultación cardiorrespiratoria destaca soplo sistólico panfocal V/VI no conocido. Exploración neurológica y abdominal sin hallazgos. En analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, con dímero D elevado. Electrocardiograma y radiografía de tórax sin alteraciones. TAC Craneal sin hallazgos de patología intracraneal aguda. En angioTAC se descarta TEP y se observa masa intracardiaca.

RESULTADOS:

Se interviene quirúrgicamente mediante cardioplegia anterograda hemática fría indirecta, parada cardiaca, se abre raíz de aorta y se observa tumoración en válvula aórtica procedente de ventrículo izquierdo resecando desde la misma raíz aórtica. Se obtiene pieza para estudio anatomopatológico que posteriormente resulta positivo para metástasis de carcinosarcoma uterino.

CONCLUSIONES:

Los sarcomas uterinos suponen el 3.5% de tumores de útero y, de los diferentes tipos histológicos en los que se clasifican, los leiomiomas suponen el segundo grupo en frecuencia, después de los carcinosarcomas. La diseminación de los sarcomas uterinos al corazón es excepcional (las células tumorales llegan a través de la vena cava inferior). El tratamiento quirúrgico de las metástasis intracardiacas, con el consiguiente tratamiento quimioterápico adyuvante, se considera viable porque mejora el pronóstico de las pacientes a largo plazo.



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

P-869

DOLOR TORÁCICO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST:
BLANCO Y EN BOTELLA...E Antolín Barrios, P Arribas Arribas, J Jodra Pérez, S Alconchel
García, P Moliné Moreno, L Lapuerta Irigoyen, P Guallar Sola

Complejo Hospitalario de Soria

PALABRAS CLAVE: síndromes coronarios agudos-fibrinólisis-angiografía coronaria**OBJETIVOS:**

Describir entidades que simulan SCACEST no debidas a trombosis coronaria y en la cuales el balance riesgo beneficio de la fibrinólisis sería desfavorable. Alertar a los facultativos de centros sin angioplastia coronaria de dichos diagnósticos diferenciales antes de la fibrinólisis.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El Complejo Hospitalario de Soria atiende a toda la provincia, no es factible angioplastia antes de 120 minutos desde el primer contacto médico. Se realiza fibrinólisis lo antes posible, frecuentemente extra-hospitalaria. Se describen distintos casos con diagnóstico inicial de SCACEST y diagnóstico final distinto.

RESULTADOS:

Caso 1: Varón 43 años, fumador si otros factores de riesgo (FRCV). Dolor torácico con elevación de ST anterior en contexto de anafilaxia tras picadura de abeja. Se fibrinólisis sin criterios de reperfusión, angiografía sin lesiones angiográficas significativas. Diagnóstico final: Síndrome de Kounis tipo II. Caso 2: Mujer 48 años, hipertensa. Dolor torácico con elevación de ST anterior e inferior durante un funeral. Se fibrinólisis, coronariografía sin lesiones significativas. Diagnóstico final: Síndrome de takotsubo. Caso 3: Varón 80 años, síndrome metabólico. Dolor torácico con elevación de ST en cara inferior, precedido de dolor en extremidades inferiores y hemiparesia derecha. Diagnóstico: disección de aorta ascendente con compromiso de coronaria derecha. Caso 4: Varón 42 años, con sospecha de esclerodermia. Dolor torácico con elevación difusa de ST. No se fibrinólisis. Diagnóstico: pericarditis aguda. Caso 5: Varón 64 años, antecedente de infarto anterior con función sistólica moderadamente deprimida. Dolor torácico atípico con elevación ST anterior. Diagnóstico: dolor no coronario, aneurisma ventrículo izquierdo por infarto antiguo. Caso 6: Mujer 43 años, dolor epigástrico y síncope de perfil neuromediado en contexto de gastroenteritis, con elevación de ST e inversión de T de v1 a v3. Diagnóstico: malposición de electrodos precordiales en variante normal.

CONCLUSIONES:

En SCACEST sin posibilidad de angioplastia antes de 2 horas se indica fibrinólisis. Existen diagnósticos diferenciales que podrían contraindicarla. Determinadas escalas de riesgo y sospecha clínica pueden ser útiles.

P-875

CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE DOLOR TORÁCICO
ATÍPICO Y EL CUESTIONARIO DE GELEJINSE EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIOD Rosillo Castro, C Hernández Martínez, M M de la Torre Olivares,
R López Valcarcel, V A Jiménez Garzón, D Fernández Garrido,
J Bastida Sánchez

Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia

PALABRAS CLAVE: dolor en el pecho-isquemia miocárdica-encuestas y cuestionarios**OBJETIVOS:**

Establecer grado de concordancia entre los pacientes dados de alta de nuestro servicio de urgencias con diagnóstico de dolor torácico atípico con la sospecha establecida según el cuestionario de Gelejinse.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio: descriptivo, observacional, de revisión de historias clínicas. Se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico al alta de nuestro servicio de urgencias de dolor torácico de características atípicas en el primer trimestre del año 2015. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, si el dolor era sospechoso de cardiopatía isquémica según el cuestionario Gelejinse. Si se realizaron test de enzimas cardíacas y si se seriaron. Si fueron revisados en Consultas externas de Cardiología. Si presentaban cardiopatía estructural. Si sufrieron algún episodio de cardiopatía isquémica en los siguientes 3 meses.

RESULTADOS:

Se recogieron 152 pacientes con diagnóstico al alta de dolor torácico atípico. La edad media fue 50.2. Eran hombres el 50.7%. Presentaron una puntuación igual o mayor de 6 en la escala de Gelejinse el 10.5% y por tanto eran sugestivos de cardiopatía isquémica. Se realizó una determinación de enzimas cardíacas al 84.9%, y una segunda al 10.5%. Fueron revisados en consultas externas de cardiología el 15.8%, de los que sugestivos sólo el 31.25%. Presentaron patología estructural cardíaca 2%. Sufrieron un evento de cardiopatía isquémica en los 3 meses siguientes el 0.7%, los cuales eran sugestivos según el cuestionario. De los que fueron no sugestivos ninguno sufrió eventos cardíacos en los 3 meses posteriores.

CONCLUSIONES:

De nuestra serie sólo 1 de cada 10 presentaba una puntuación ≥ 6 . La incidencia de Cardiopatía Isquémica a los 3 meses fue muy baja y fue en pacientes con puntuación ≥ 6 . Sólo 3 de cada 10 pacientes sugestivos fueron revisados por Cardiología. En Hospitales Comarcales como el nuestro donde no existe la posibilidad de crear una unidad de dolor torácico en urgencias esta escala puede ser de utilidad para un mayor enfoque y destino de los pacientes con dolor torácico.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-877

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

R Carbonell Vayá, P Romero Crespo, M Pérez Durá, M Pinilla Bernechea, R Vizcaíno Pinedo, R Martín Ivorra, L Cifuentes García

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: angioTAC coronarias-unidad de dolor torácico-escalas pronósticas

OBJETIVOS:

Estimar la probabilidad a priori de enfermedad arterial coronaria en pacientes con dolor torácico de probable origen coronario con troponinas negativas y ECG sin SCA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisamos 63 pacientes, 47.31% de varones y 52.39% de mujeres con edad media de 61 años, HTA 47.62%, DM 17.46%, Dislipemia 57.14%, tabaquismo 20.63%, obesidad 17.46%, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica 9.52% que presentan clínica de dolor torácico no atribuible a otra causa, hemodinámicamente estable, aplicando escalas de inclusión pronósticas, como Heart Score > 3 (tipo de dolor, ECG, edad, FR y troponinas)+ UDT 65 igual o mayor de 1 (AAS, DM, Tipo dolor, edad) a los que le solicitamos de manera urgente un Angiotac de coronarias consensuado con RX y cardiología. Los criterios clínicos de exclusión son cardiopatía isquémica conocida, disfunción ventricular izquierda, crisis HTA y angor típico de esfuerzo.

RESULTADOS:

Los resultados del TAC son normales en el 57.14% de los casos, enviando a los pacientes a su domicilio. De los no concluyentes 14.28% y patológicos 17.46% se procede a ingreso, a los que se les realiza coronariografía al 57.14% obteniendo 50% de resultados normales y otro 50% patológicos. De las altas tan sólo el 4.76% consultaron de nuevo por el mismo motivo, descartando causa cardiológica.

CONCLUSIONES:

Aplicando unas escalas simples con variables clínicas y realización de pruebas poco invasivas, como son ECG y troponinas, y apoyando si cumple criterios de protocolo de Unidad de Dolor Torácico con realización de angioTAC, evitamos números de ingresos innecesarios, reducimos número de altas inapropiadas y costes médicos mejorando la calidad de la atención médica.

P-886

MI EXPERIENCIA EN CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

C Herráiz De Castro (1), F González Martínez (1), B Cervera Monteagudo (1), M Alcántara Alejo (2), S Losada Ruiz (1), M Santana Romero (1), S Navarro Gutiérrez (3)

(1) Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. (2) Centro de Salud Cuenca IV. (3) Hospital La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: electrical cardioversion-atrial fibrillation-biphasic defibrillation

OBJETIVOS:

Contar mi experiencia de cómo comencé a hacer CVE electiva en urgencias. Describir las CVE realizadas en nuestro servicio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes que acuden a urgencias desde Octubre de 2015 hasta Enero 2017 por FA/Flutter sometidos a CVE. Se recogen las siguientes variables: datos sociodemográficos (edad y sexo), tipo de arritmia, tasa de éxito, complicaciones, sedación utilizada, posición de las palas, tasa de recurrencia, destino del enfermo y efectos secundarios a las 72 horas, así como tiempo total de estancia en urgencias y tras CVE.

RESULTADOS:

Hubo un total de 15 pacientes. La edad media ($\pm$ desviación estándar) fue de 69,13 ($\pm$ 11,445). El 53,3% eran varones, y el 46,7% mujeres. Respecto al tipo de arritmia: el 66,6% presentaba estabilidad hemodinámica (53,3% FA electiva y 13,3% flutter) y el 33,3% se presentó con signos de inestabilidad (20% FA y 13,3% flutter). La tasa de éxito fue del 93,3%. Sólo 1 paciente presentó hipotensión y otro edema agudo de pulmón postprocedimiento, estando el resto (86,7%) libre de complicaciones. La sedación más utilizada fue la combinación de midazolam + etomidato (40%), seguido de midazolam + fentanilo (33,3%) y propofol (6,7%), no recordando ningún paciente nada del procedimiento. Las palas fueron colocadas en todos los pacientes en posición anterolateral. El 73,3% no tuvo recurrencias. Un 33,3% de los pacientes ingresó en planta y el 66,7% fue dado de alta a domicilio. Ningún paciente presentó complicaciones a las 72 horas. El tiempo de estancia total en urgencias fue de 15,80 ($\pm$ 5,979) horas y tras la CVE de 9,07 ($\pm$ 5,20) horas.

CONCLUSIONES:

Mi experiencia en CVE electiva es muy buena, con alta tasa de éxito y pocas complicaciones.



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

P-898

INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS EN URGENCIAS

JM García López, G Fontalba Ruiz, AR Rando Jiménez

H. R. U. de Málaga

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-péptido natriurético cerebral-urgencias**OBJETIVOS:**

Determinar los casos en los que está indicada la utilización de los péptidos natriuréticos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios como parte de las pruebas complementarias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión, tanto de la guía de práctica clínica de la ESC como del artículo de consenso elaborado por las principales sociedades científicas implicadas en el manejo de esta patología (SEMES, SEMFyC, SEMI y SEC).

RESULTADOS:

Cada molécula presenta sus valores para el diagnóstico de IC (en el caso del proBNP debe ser ajustado por edad--> se adjuntará tabla). La determinación debería realizarse en la primera muestra sanguínea del paciente a su llegada a Urgencias. Un valor bajo permite excluir la presencia de insuficiencia cardiaca con una probabilidad del 98% para el pro-BNP y del 90% para el BNP (valor predictivo negativo). En el caso de valores positivos, el pro- BNP ajustado por edad presenta un valor predictivo positivo del 88% y el BNP del 86%. Asimismo, para los valores intermedios debe predominar el criterio clínico. En aquellos pacientes que ya tienen un diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca, no deben medirse de forma rutinaria.

CONCLUSIONES:

Los PN son una herramienta diagnóstica de utilidad demostrada. Para un uso eficiente requiere de su inclusión en protocolos clínicos consensuados por los profesionales implicados. Se recomienda su uso en todos los pacientes que acuden a Urgencias por disnea sin que no exista un diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca.

P-899

MANEJO DEL SCA SEGÚN EL PROTOCOLO DE DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano, JM Garrido Castilla, MC Navarro Bustos

UGC Urgencias. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-síndrome coronario agudo -evaluación de riesgo**OBJETIVOS:**

Describir las características sociodemográficas y clínicas del paciente con síndrome coronario agudo (SCA), detallando la realización o no de la estratificación del riesgo del paciente con SCASEST y SCACEST, el tratamiento antiagregante prescrito, así como el grado de cumplimiento del protocolo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena. La población fue aquella que consultó en el área de urgencias durante el mes de noviembre de 2015, por dolor torácico (DT).

RESULTADOS:

Se obtuvieron 80 pacientes con juicio clínico de SCASEST, IAM no Q o SCACEST. La media de edad fue de 68.8 años, y el 56.3% fueron varones. En cuanto a la prioridad del paciente el 51.3% fueron P3, el 25% P2 y el 22.5% P1. La mediana de FC fue de 75 (45-135 lpm), y de TAS 142 (82- 206 mmHg). El 70% presentaba 2 o más factores de riesgo cardiovascular, y el 53.8% tenía previamente cardiopatía isquémica. La evaluación objetiva del riesgo fue realizada por el prescriptor sólo en el 12.5%, siendo adecuada en el 80% de los casos. La dosis de carga fue prescrita al 43.7% (n = 35), de los que en monoterapia fueron 7. La prescripción más frecuente en doble antiagregación sigue siendo AAS con Clopidogrel (n = 17) seguido de AAS con Ticagrelor (n = 10).

CONCLUSIONES:

En nuestra muestra hemos encontrado un déficit importante en la determinación y recogida en la historia clínica del riesgo isquémico y hemorrágico del paciente con SCA. Esta determinación presenta mejores tasas de prescripción antiagregante y con ello mejor pronóstico de los pacientes. Por tanto precisamos aumentar la formación en el manejo del protocolo de DT.



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

P-902

PERFIL DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA Y CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS USADAS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

E Prado Mel (1), M Gil López (2), F Moreno Calatrava (2), AB Rojas Ramírez (2)

(1) Hospital La Mancha-Centro. Ciudad Real. (2) Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna, Sevilla

PALABRAS CLAVE: gastrointestinal hemorrhage-frail elderly-emergency medicine

OBJETIVOS:

Describir la incidencia de ingresos en urgencias por hemorragia digestiva alta (HDA) no varicosa, así como sus características epidemiológicas. Calcular la concordancia del riesgo según las escalas de Rockall Score Post- endoscopy y la Clasificación de Forrest.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se seleccionaron los pacientes que habían acudido a urgencias por HDA no varicosa durante enero-diciembre 2016. Se consultó la historia clínica digital Diraya®. Se registraron en una base de datos las variables: sexo, edad, causa de la HDA, días de hospitalización, valoración Rockall Score Post-Endoscopy, Clasificación de Forrest, y los exitus. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y una prueba de concordancia entre la valoración del riesgo de Rockall y la valoración del riesgo de resangrado y mortalidad de Forrest. Se recodificaron las variables dando 3 valores de riesgo, riesgo bajo (Forrest: III, Rockall: 0-3), riesgo medio (Forrest: IIB-IIC, Rockall: 4-6) y riesgo alto (Forrest: IA, IB, IIA, Rockall: 7). Se realizó la prueba de concordancia mediante rho de spearman. Para el manejo de los datos se utilizó el programa SPSS v.20.

RESULTADOS:

Se aislaron 46 pacientes, 61% hombres, la edad media de la cohorte fue 73,65 años. El 20% estaban institucionalizados. Las causas más frecuentes de HDA fueron úlcera gástrica, úlcera duodenal, duodenitis erosiva y esofagitis. El 25% fueron altas desde observación, el 46,5% requirió ingreso hospitalario con una duración entre 1-7 días, y el 28% estuvieron ingresados más de 8 días con un máximo de 23. Hubo 3 exitus, 1 en urgencias y 2 pacientes que fueron ingresados. Según el Rockall Score, 37% de los pacientes eran de bajo riesgo, 39% riesgo medio y el resto riesgo alto. Según la clasificación de Forrest, el 50% eran de riesgo bajo, el 19% de riesgo medio y el 28% riesgo alto. La Rho de Spearman dio un valor de concordancia de 0,498 con un nivel de significación estadística de $p = 0,001$.

CONCLUSIONES:

La HDA no varicosa es una emergencia médica relacionada con pacientes ancianos. Una cuarta parte de ellas son manejadas y estabilizadas en el servicio de urgencias sin necesidad de ingreso hospitalario. Existe concordancia en la medición del riesgo según Rockall Score Post- endoscopy y la Clasificación de Forrest.

P-909

¿SON EMERGENCIAS TODAS LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL BOX VITAL?

AM Sánchez González, JM Alises Moraleda, B Lería Sánchez

Hospital La Mancha-Centro. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: emergencias-box vital-triaje

OBJETIVOS:

Comprobar la efectividad del triaje llevado a cabo en el servicio de urgencias, en las emergencias trasladadas al box vital, y comprobar los ingresos por nivel de prioridad que confirmaría estas emergencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Incluye 1475 enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias y tras ser valorados en el triaje se trasladaron al box vital. Se realizaron 5 grupos diagnósticos: disnea, dolor torácico, politraumatizados, código ictus y otras emergencias. El triaje se realiza con el programa Español de Triage, modificado, con clasificación en 5 niveles, y avanzado, con toma de constantes y solicitud de determinadas pruebas complementarias. Con el sistema Informático Mambrino XXI, utilizado en SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha). Estudio prospectivo durante un año. Se analizan variables: diagnóstico, género, estación del año, destino de pacientes. Analizados con Word 2010 y Excel. Variables estadísticas con SPSS.

RESULTADOS:

Hubo 59788 pacientes en Urgencias durante un año. Se trasladan al box vital 1475 pacientes (2,46%). Siendo 603 mujeres y 872 hombres. Esta mayor frecuencia de los hombres estadísticamente significativa ($p < 0,0001$), y coincide con lo publicado. Diagnosticados de disnea: 219 mujeres y 399 hombres. Total 618. Dolor torácico: 449, mujeres 50 y hombres 399. Ictus: 174, 72 mujeres y 102 hombres. Politraumatizados: 58 mujeres y 103 hombres. Otras emergencias: 31 mujeres y hombres 42. En el presente estudio hay un 79% de los pacientes que fueron ingresados, 1165 enfermos, 360 mujeres y 805 hombres, mayor frecuencia de hombres es estadísticamente significativa ($p = 0,001$), siendo el ingreso hospitalario el destino más frecuente y significativa esta diferencia ($p = 0,001$). Otros 27 pacientes que fueron enviados a su hospital de referencia (3,01%), 11 mujeres y 16 hombres. Fallecieron cinco enfermos, tres mujeres y dos hombres, que representa el 0,55%. Un hombre pidió alta voluntaria. Hubo 102 pacientes (11,38%) enviados a domicilio, 50 mujeres y 52 hombres.

CONCLUSIONES:

Siendo ingresados el 79% de los pacientes diagnosticados de emergencias, más frecuente en los hombres. El triaje realizado es satisfactorio, que da un nivel estimado de ingresos por nivel de prioridad en urgencias.



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

P-921

VALOR PRONÓSTICO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

M Fuentes de Frutos (1), P Costa Alba (1), C Gil Castillo (1),
IJ Cuadrado Blanco (1), V Méndez Martín (1), A Gómez Prieto (2)

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
(2) Gerencia de Emergencias

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-pronóstico-anemia

OBJETIVOS:

Establecer si la anemia en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda o descompensada que acuden al servicio de urgencias, sirve como marcador de mal pronóstico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo que incluyó pacientes que acudieron al servicio de urgencias del CAUSA, por insuficiencia cardiaca aguda o descompensada, durante febrero y marzo 2016, revisando la mortalidad a los 10 meses. Se incorporaron en el estudio, en el momento de atención las variables: edad, sexo, hemoglobina, insuficiencia renal, clase funcional de la NYHA y si precisaron ingreso. Se estableció como anemia valores definidos por la OMS: hemoglobina <12 en varones y hemoglobina <13 en mujeres postmenopáusicas. Se analizó la relación entre el ingreso del paciente y el fallecimiento con la presencia o no de anemia mediante la prueba de Chi-cuadrado.

RESULTADOS:

Se incluyeron 200 pacientes: 95 varones y 105 mujeres. La edad media fue 81,95 años. La clase funcional de la NYHA: 34% clase funcional II, 52,5% clase funcional III y 26% clase funcional IV. El 52,5% asociaban insuficiencia renal y el 42,5% no. En el momento de su llegada, 105 pacientes presentaron anemia, ingresando el 44,8% y dados de alta el 14,5%. 85 pacientes no presentaban anemia ingresando el 19,2% y 21,5% fueron dados de alta. Así al analizar estos parámetros observamos que la presencia de la anemia favorece el ingreso, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p = 0,00$). A los 10 meses, de los pacientes que no presentaban anemia, fallecieron el 8% mientras que los que presentaban anemia, fallecieron el 22,6%, siendo nuevamente significativa ($p = 0,02$). la asociación entre el fallecimiento y la anemia.

CONCLUSIONES:

En pacientes con insuficiencia cardiaca la anemia supone un valor de mal pronóstico favoreciendo el ingreso de los pacientes y su fallecimiento.

P-939

DETERMINACIÓN DE LA TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN EL MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO DE BAJA PROBABILIDAD PARA ISQUEMIA

F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano, JM Garrido Castilla,
MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-troponina-diagnóstico clínico

OBJETIVOS:

Describir el uso de la Tt-hs en el manejo del dolor torácico (DT), relacionándola con los diagnósticos asociados, y la realización de prueba complementarias. Describir las características clínicodemográficas de estos pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena. La población fue aquella que consultó en el área de urgencias durante el mes de noviembre de 2015, por DT. Se agruparon los dolores torácicos no isquémicos (DTNI) en osteomuscular, pleurítico y genérico (que no incluía los anteriores ni ninguna forma de cardiopatía isquémica).

RESULTADOS:

Se obtuvieron 394 episodios, con una mediana de edad de 54.5 (14-92 años). El 51.8% eran varones y el 72.6% tenían una prioridad P3. Un 78.9% fue dado de alta. Se solicitaron 307 determinaciones de Tt-hs, siendo la mayoría en el grupo de dolor torácico genérico (DTG) con el 76.2% ($n = 307$). Dentro de éstos, las patologías más frecuentemente asociadas fueron ansiedad 17.9%, crisis HTA 8.5%, infecciones respiratorias bajas 6.4% y epigastralgias 6%. La seriación de la Tt-h se llevó a cabo en 101 pacientes, siendo igualmente el DTG el más frecuente con 86%. En cuanto a las pruebas complementarias, se realizaron 14 ergometrías y 3 SPECT de perfusión miocárdicas, negativos todos, y 3 coronariografías en las que no hubo intervencionismo.

CONCLUSIONES:

La determinación de la Tt-hs ha sido de vital importancia para el diagnóstico precoz del IAM. Sin embargo, no debemos olvidar la clínica que refiere el paciente para estratificar el riesgo isquémico y así realizar la determinación de troponina de manera óptima. En nuestra muestra de DTNI, hemos extraído al menos una determinación de troponina al 78% de los pacientes, y de ellos al 5% le hemos realizado una prueba de detección de isquemia innecesaria.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-941

SHOCK CARDIOGÉNICO EN MUJER DE 56 AÑOS

A Merlo Serrano (1), F Moreno Obregón (2), D León Jiménez (3),
A Pareja Obregón Prieto (4)

(1) Servicio de Medicina Interna. Clínica Cristo Rey. Jaén. (2) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva. (3) UGC Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (4) UGC Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: shock-heart-arrhythmia

OBJETIVOS:

Conocer sus formas de presentación, especialmente la el shock cardiogénico para así poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, mejorando el pronóstico de dicha enfermedad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente mujer de 56 años que acude al servicio de Urgencias por vómitos autolimitados en la semana previa, hiporexia y malestar general, en tratamiento con AINES. No refería dolor torácico, ni disnea, pero en las últimas horas refería empeoramiento con tiritera, frío y mal estar general. En la exploración física destacaba una TA 62/40 mm Hg, FC 87 spm. T°<32° C. Taquipnea. Glasgow 13. Presentaba mala perfusión periférica. Dada la gravedad de la paciente ingresa a cargo de Unidad de Cuidados Intensivos.

RESULTADOS:

Análiticamente destacaba: leucocitos 18.570 millones/mm³, neutrófilos 13930 millones/mm³, presencia de mielocitos y metamielocitos. Frotis de sangre periférica: linfocitos activados, plaquetas grandes. INR 2.05, TP 38%. Urea 198 mg/dl, Cr 3.51 mg/dL, lactato 131 mmol/l, procalcitonina 0.172 µg/L, proBNP 63.405 pg/ml, TnT> 10.000, CK 185, LDH 2963. Acidosis metabólica. Hemocultivo con S. aureus 1/1. ECG: RS, BCRIHH. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral hasta campos medios, compatible con insuficiencia cardiaca aguda. Inicialmente se inició tratamiento para el shock hipovolémico. A las pocas horas de su ingreso presentó parada cardiorrespiratoria, precisando maniobras de RCP avanzada de la que sale con ritmo sinusal e imagen de bloqueo completo de rama derecha. Se realiza ecocardiografía transtorácica en la que destaca ventrículo izquierdo con parámetros de contractilidad global severamente deprimida principalmente septal. A pesar de todas las medidas utilizadas, la paciente falleció a las 48 horas en situación de shock cardiogénico. Se solicitó autopsia clínica que era compatible con una miocarditis de células gigantes.

CONCLUSIONES:

Ante la sospecha de una miocarditis de células gigantes, con síntomas de insuficiencia cardiaca de reciente aparición y de carácter rápidamente progresivo con datos de disfunción ventricular intensa, bloqueo auriculoventricular, debemos plantearnos la realización de una biopsia endomiocárdica. Así, podremos realizar un diagnóstico de certeza que aumente la supervivencia del paciente ofreciéndole una opción de tratamiento, ya sea mediante trasplante cardiaco o tratamiento inmunosupresor.

P-944

UTILIDAD DEL ECG DE 3 DERIVACIONES CON DIAGNÓSTICO POR
TELEMEDICINA PARA EL CRIBADO DE CARDIOPATÍA
QUE REQUIERE POTENCIAL ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

C Josa Laorden (1), N Achkar (2), P Serrano Aísa (3)

(1) Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón). (2) ITH
Telemedicine Hospital. (3) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: electrocardiograma-telemedicina-arritmias

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia de alteraciones electrocardiográficas en un ECG de 3 derivaciones con diagnóstico por telemedicina, que por su gravedad requirieron atención médica urgente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El estudio fue realizado durante 2015-2016 en diferentes empresas de prevención de riesgos laborales de España. Se utilizó el dispositivo BEAM@IT4 de International Telemedicine Hospital (ITH) que se vincula por Bluetooth con una tableta o móvil android y éste con un servidor remoto. El diagnóstico se realiza de forma remota por médicos especialistas. La población muestral fueron trabajadores asintomáticos sin cardiopatía conocida, durante un reconocimiento laboral rutinario. La recomendación de valoración urgente se basó en la presencia de alteraciones ECG de potencial gravedad con necesidad de valoración médica urgente.

RESULTADOS:

Durante 24 meses se realizaron 148.210 ECG, 76,89% varones, mediana de edad 42±15 años. En un 0,03% (n = 38) de los ECG se recomendó valoración médica urgente. Los diagnósticos más frecuentes fueron: fibrilación auricular rápida (n = 12) y bloqueo auriculoventricular (AV) de segundo grado Mobitz2 (n = 11). Otros diagnósticos: fibrilación auricular lenta (n = 1), flutter auricular (n = 2), taquicardia supraventricular (n = 3), taquicardia ventricular no sostenida (n = 1) y bradicardia <30 lpm con extrasistolia ventricular (n = 2), bloqueo AV segundo grado Mobitz1 (n = 1), bloqueo AV de tercer grado (n = 3), bloqueo sinoauricular (n = 1) y ritmo nodal (n = 1). Los resultados muestran que existen sujetos con patologías de potencial gravedad y que, a pesar de encontrarse asintomáticos, requieren atención médica urgente. Dentro de los trastornos del ritmo, la presencia de fibrilación auricular rápida en una población de bajo riesgo, en edad laboral, fue elevada: 8 por cada 100.000 sujetos sanos, así como el bloqueo AV de segundo grado Mobitz2, presente en 7 de cada 100.000 sujetos. Estas alteraciones pudieron ser detectadas de forma rápida mediante la realización de un ECG de 3 derivaciones, y remitidos para su valoración urgente.

CONCLUSIONES:

El ECG de 3 derivaciones realizado con el dispositivo BEAM@IT4 para diagnóstico por telemedicina es una técnica útil para el cribado de patologías cardíacas potencialmente graves, sobretudo para detectar alteraciones del ritmo y conducción cardíaca.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-946

**MIELOPATÍA POR DESCOMPRESIÓN.
DISBARISMO TRAS INMERSIÓN. ¿VAYA GRACIA! ¿NO?**

FA Matos Fortunato (1), AA Romero Secín (2), MC Rodríguez Rodríguez (1),
AL Amézquita De los Santos (1), V Marqués Sánchez (1),
LC Moreno Elías (1), F Palavicini Rivera (1)

(1) Hospital Dr. José Molina Orosa. Las Palmas. (2) C. S. Tineo. Asturias

PALABRAS CLAVE: disbarismo-enfermedad descompresiva-mielopatía

OBJETIVOS:

Estar lejos de zonas de buceo no excluye de encontrar pacientes con Disbarismos. Describimos la clínica, evolución y hallazgos de neuroimagen para revisar complicaciones frecuentes de ED.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón 24 años, Oriundo de La Graciosa, Lanzarote. Sin alergias ni antecedentes relevantes, instructor de buceo. Tras inmersión de 19,7 metros, durante 57 minutos y ascenso correcto, presentó lumbalgia a 5 metros. Al llegar a superficie cefalea, disnea y parestesias en manos y pies, posteriormente torpeza en piernas que empeoró a paraparesia moderada-severa. UVI Móvil traslada al hospital, administrando durante trayecto y a su llegada fluidos, O₂, Omeprazol, Metilprednisolona y sesiones en la cámara hiperbárica. Sondado por retención urinaria. Ingresado en servicio Neurología, para mantener sesiones, estudios controles y rehabilitación durante 30 días.

RESULTADOS:

Exploración: Destaca una Paraparesia 2/5 bilateral. Hipostesia subjetiva miembros inferiores, identificando tacto y vibración. Dudoso nivel sensitivo L4 D. ROTs++/++ en MMSS, +++/+++ en inferiores, rotulianos clonoides con RCPs indiferentes- HEMOGRAMA: Normal. BIOQUÍMICA: incluidos anticuerpos y serología: Normales EKG: Normal. ECOCARDIOGRAMA: Normal. RX TORAX: Normal. TAC LUMBAR: Ausencia de cierre nivel S1 posterior. No otras lesiones óseas o discuales. RM CRANEAL Y MEDULAR : Normal.

CONCLUSIONES:

Dentro de los disbarismos, ED es cada día más frecuente. El tratamiento descompresivo mediante Cámara Hipérbarica es eficaz en la mayoría de los casos. La intervención adecuada en las primeras horas es decisiva para un buen pronóstico.

P-949

**CEFALEA MIGRAÑOSA EN JÓVENES SEGÚN NACIONALIDAD.
REVISIÓN H. DR. PESET DE VALENCIA**

M Ferrando Lluch, JC Montalva Barra, MC Sala Sainz,
F González Amorós, D Castelló García, J Millán Soria

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: cefalea-migraña-jóvenes

OBJETIVOS:

Valorar en pacientes jóvenes con diagnóstico de cefalea de origen migrañoso sus hábitos y valorar diferencias entre nacionalidades y sus factores ambientales El objetivo es valorar unificación de criterios en los episodios de cefalea y de derivación de éstos y revisar nuestra actuación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron 14 episodios de 13 pacientes jóvenes de diversas nacionalidades con edades inferiores a 50 años con cefalea migrañosa durante los 4 primeros meses de 2017 del sistema ORION clinic de Sistema Público Comunidad Valenciana y se analizaron los datos obtenidos mediante SPPS version 16 Variables: edad, sexo, nacionalidad, hábitos tóxicos, tiempo de estancia y destino final del episodio.

RESULTADOS:

De los 14 episodios valorados de 13 pacientes el 92.31 eran mujeres con edad media de 29 años y medio con rango de 21 a 38 años. se realizó TAc en el 46.15% (100% normal sin alteraciones) y sólo el 15.38% de los pacientes había sido visto anteriormente por un neurólogo. El 53.84% eran de nacionalidad no española (2 marroquíes, 1 búlgaro, 1 afgana, 1 colombiana) y es resto españolas. el 100% de los pacientes fueron dados de alta con tratamiento (AINES). La estancia media fue de 3 horas y 50 minutos en nacionalidad española y 26 min menos en el resto.

CONCLUSIONES:

No se puede diferenciar el tiempo de estancia ni que los factores de riesgo y ambientales sean diferentes según la nacionalidad a pesar de valorar una disminución de casi media hora de estancia media en el caso de extranjeros que puede asociarse a la barrera idiomática u otros factores culturales.





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

P-950

MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

JM Garrido Castilla, F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano,
MC Navarro Bustos

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: diagnóstico-dolor torácico-urgencias

OBJETIVOS:

Describir las características sociodemográficas y clínicas del paciente con dolor torácico en nuestro servicio de urgencias, así como el manejo del mismo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena. La población estudio fue aquella que consultó en el área de urgencias durante el mes de noviembre de 2015, por DT.

RESULTADOS:

Obtuvimos 535 episodios, de los que el 54,6% fueron varones. La mediana de edad fue de 60 (14-94 años). La frecuencia cardiaca media fue de 80,62 lpm y la tensión arterial sistólica media de 139,11 mmHg. El 26,4% presentaban cardiopatía isquémica y el 21,1% osteomuscular. Dentro de los dolores torácicos genéricos, los mayores porcentajes fueron asociados a insuficiencia cardiaca, ansiedad, crisis hipertensivas e infecciones respiratorias. El 60,4% fueron dados de alta y el 36,6% fue ingresado en observación, de los que el 34,7% fue dado de alta. Ingresaron en planta el 26,2% de los episodios. Fueron éxitos durante el ingreso 6 pacientes. La estancia media fue de 3,54 días.

CONCLUSIONES:

La frecuencia de DT en nuestro centro es similar a los estudios previos, estando en torno al 5%. La mayor parte de nuestros enfermos son dados de alta, manteniendo una estancia media pequeña, sin menoscabo de la supervivencia.

P-955

ATENCIÓN: LUMBALGIA CON SIGNOS DE ALARMA.
¡BANDERAS ROJAS!

SO Rincón Castro, V Morales Monsalve, K García Guevara,
A Real Martín, E Ruíz Ortíz

Gerencia Integrada de Soria

PALABRAS CLAVE: dolor de la región lumbar-linfoma-factores de riesgo

OBJETIVOS:

Conocer los signos de alarma en pacientes con dolor lumbar.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 60 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor en pantorrillas desde hacía 10 días, que cedía escasamente con analgésicos. Se realiza eco doppler que resulta normal y se ajusta analgesia. Consulta nuevamente en dos ocasiones, por clínica compatible con lumbalgia que empeoraba por la noche y en reposo. Es valorada por el servicio de Reumatología quienes objetivan claudicación de pie izquierdo en marcha de puntillas y talones y rotación de cadera izquierda dolorosa. Solicitan analítica sanguínea y RMN lumbar.

RESULTADOS:

Analítica normal, salvo VSG de 50. RMN: lesiones sugestivas de metástasis en cuerpos vertebrales (D11-sacra) y afectación de elementos posteriores. Masa de partes blandas que afecta a la altura de L4 y se extiende por toda la columna sacra, invadiendo espacio epidural anterior provocando estenosis de canal y foraminal bilateral severo. Por clínica de diplopía por paresia del tercer par craneal se realiza TAC cerebral siendo no concluyente y punción lumbar que sugiere linfoma. Se deriva al servicio de Hematología para continuar estudio y tratamiento.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con lumbalgia, conviene realizar una correcta anamnesis y exploración física para descartar otras patologías graves pues de ello depende su pronóstico y tratamiento. El dolor persistente y en reposo, el compromiso neurológico, la escasa respuesta a analgésicos, son signos a tomar en cuenta. La lesión espinal de causa neoplásica más frecuente es el carcinoma metastásico. Los síntomas son insidiosos y en crescendo. Presenta un importante dolor nocturno que no mejora en reposo. La lumbalgia debe ser enfocada como un síndrome que puede provenir de distintas patologías. El tener en mente el concepto de «Signos de Alarma», nos permitirá hacer una apropiada disquisición entre cuadros que se autolimitan versus aquellos que traducen una enfermedad de fondo de importante trascendencia.



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

P-963

PERFIL Y HOJA DE RUTA DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH)

J Sánchez López, M Expósito Ruiz, R Ávila Moreno, A Guzmán Úbeda, A Tello Ochoa, IM Fernández Guerrero

H. U. Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulación-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Analizar características del paciente atendido con FA/ o su antecedente y circunstancias al alta del SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Registro analítico, observacional, prospectivo de pacientes >14 años. Se reclutaron 2.509 episodios atendidos en un hospital terciario. Se analizaron (Regresión Logística Multivariable) variables asociadas con control de síntomas, ritmo al alta (FA/RS) y necesidad de Ingreso Observación-Camas (Obs-C) y/o hospitalización. Calculamos Odd-Ratio (OR) con Intervalo Confianza al 95% (IC95%) y Área bajo la curva COR (Ar-COR).

RESULTADOS:

Edad 74,88 años [74,40-75,29], mayor en mujeres [76,16-77,29], $p < 0,001$, grupo más representado-56,9%-. Elevada comorbilidad (HTA 75,7%, IC-DVI 44,9%, neumoopatía, DM, Insuficiencia Renal (filtrado $40,59 \pm 13,03$ ml/min)) y discapacidad (31,1%). Un 72,9% tenían cardiopatía estructural: hipertensiva 47%, isquémica 21,8%, valvular 15,1%. 476 presentaban IC agudizada (IC-Ag). Tipo FA: 400 debut, 815 paroxística, 175 persistente, 1119 permanente. 360 llegaron en RS-326 tenían FA paroxística, pero 9 permanente-. CHA2DS2-Vasc $4,09 \pm 2,002$. Hasbled $2,320 \pm 1,348$. La mayoría estaban sintomáticos: 53% atribuibles a la FA/tratamiento, 45,7% sin relación FA. No se consiguió control sintomático en 277. Se asociaron de forma independiente con persistencia de síntomas: ictus/embolia previos 1,504 IC95% [1,113-2,034], I.Renal 1,619 [1,232-2,127], IC-Ag 1,533 [1,143-2,056], la edad fue un factor protector 0,980 [0,966-0,995]. Ar-COR 0,786 909 pacientes consiguieron/mantenían el RS al alta. Se asociaron con FA al alta (descartamos FA permanente): edad 1,033 [1,021-1,044], cardiopatía 1,710 [1,280-2,283], IC-Ag 2,156 [1,461-3,182] y FA no paroxística 1,904 [1,268-2,858]. Ar-COR 0,657. Fueron alta al domicilio 1.813 pacientes (491 requirieron Obs-C) y 696 terminaron hospitalizados. Se asociaron con Obs-C/hospitalización: edad 1,016 [1,007-1,024], ictus/embolia previos 1,490 [1,194-1,861], cardiopatía 1,293 [1,036-1,614], neumoopatía 1,262 [1,064-1,498], I. Renal 1,903 [1,578-2,294] e IC-Ag 2,771 [2,201-3,488]. Como factor protector: hipertensión OR 0,757 [0,612-0,937]. Ar-COR 0,696.

CONCLUSIONES:

La presencia de cardiopatía, IC-Ag, ictus/embolia, la mayor edad e insuficiencia renal son factores asociados a un peor pronóstico, en el sentido en el que requieren mayor consumo de recursos hospitalarios y peor control de síntomas. Carga en FA, mejor que Tipo FA.

P-967

ARRITMIAS PELIGROSAS EN INMIGRANTE

AP Sáez Segura (1), MM García Sanchís (2), N Jannone Pedro (2), P Roses Cueva (1), AS Breyse (1), G Rodríguez Ruiz (1), MM Herrera Pérez (3)

(1) Servicio de Emergencias Sanitarias Valencia. SAMU. (2) Hospital General Universitario de Valencia. (3) Centro de Salud Alboraya. Valencia

PALABRAS CLAVE: arrhythmias, cardiac-sick sinus syndrome-chagas disease

OBJETIVOS:

Revisión de arritmias y consecuencias en paciente joven.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 42 años natural de Bolivia, residente desde hace 10 años. AP Enfermedad Chagas diagnosticada por serología de screening y tratada con benznidazol en 2011, sin afectación miocárdica, aunque con disfunción sinusal severa repetidamente, mostrando bradicardias de 30 lpm. Fibrilación auricular paroxística con manejo expectante ante ausencia de síntomas. Al evaluarla en domicilio, está en el suelo, CyO, con debilidad extrema y malestar general. Al monitorizar presenta bradicardia sinusal a < 20 lpm, TA 130/80 mmHg, GD 165 mg/dl y se inicia tratamiento con atropina 1+1 mg, presentando posteriormente taquicardia de complejo ancho a 200 lpm mientras mantiene nivel de consciencia. Se administra amiodarona 300 mg iv, consiguiendo un ritmo sinusal a 75 lpm, eje 90°, PR 160 ms, QRS estrecho y sin alteraciones del ST. A su llegada al hospital está en fibrilación auricular con RVM 90 lpm, QRS estrecho, TCIV inespecífico y posterior paro sinusal con ritmo nodal a 40 lpm. Durante su valoración se apreció disartria, dificultad para la desviación de la mirada hacia la derecha y RCP extensor bilateral. GSC AO3+RV4+RM6 = 13. PF leve derecha, rigidez MID con fuerza 5/5, MII 2/5. Se realiza TAC craneal (normal), Ecocardiografía (ventrículos con función sistólica conservada, sin valvulopatías ni derrame ni signos de aumento de PVC), RX tórax (ICT aumentado, cardiomegalia, aumento de redistribución vascular ligera) y analítica (incuyendo tóxicos en orina, sin alteraciones significativas).

RESULTADOS:

Se implantó marcapasos por enfermedad del nodo sinusal (secundario a enfermedad Chagas) y posteriormente en neurología se diagnosticó trastorno vertebro-basilar por ictus isquémico cardioembólico vs. por bajo gasto mediante RNM y se pauta tratamiento con dabigatrán 150 mg/12 h. Actualmente en seguimiento por rehabilitación, precisa andador para deambulación, con buena estabilidad para bipedestación.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Chagas crónica, cursa inicialmente con una forma asintomática y posteriormente el 20-30% de los pacientes desarrolla alteraciones cardíacas. Suele ser cardiopatía fibrosante del VI, nódulo sinusal y sistema de conducción por debajo del haz de His. Cursa con afectación de la contractilidad y fomenta arritmias, siendo frecuentes las ventriculares, muchas veces asociadas a bradiarritmias.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-976

EFECTO PROARRÍTMICO DE LOS ANTIARRÍTMICOS EN LA
CARDIOVERSIÓN QUÍMICA: HACER UN PAN CON UNAS TORTASJA Jodra Pérez, P Arribas Arribas, E Antolín Barrios, S Alconchel
García, P Moliné Moreno, E Carramiñana López, N Galán Iguacel

Complejo Hospitalario de Soria

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular paroxística-cardioversión-flutter auricular

OBJETIVOS:

Alertar sobre el riesgo de transformar una FAP en un Fluter IC durante la cardioversión farmacológica. El flúter IC suele tener frecuencia auricular algo más lenta que el flúter común, pero puede presentar conducción 1:1 a ventrículo, con repercusión hemodinámica y riesgo de degenerar a arritmia ventricular. El uso previo de bloqueadores del nodo aurículo-ventricular (betabloqueantes o diltiazem) previene esta complicación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se describen 7 casos atendidos en nuestro centro, con diagnóstico de FAP tratados de forma crónica o en la cardioversión con flecainida y que presentaron Flúter IC con distinto grado de conducción aurículo-ventricular.

RESULTADOS:

Se describen 7 casos: 1 y 2: Dos varones con FAP ya conocida sin cardiopatía, sin tratamiento de base, uno se premedicó con bisoprolol y otro con diltiazem. Tras dosis de carga oral de flecainida, ambos presentaron flúter IC con respuesta ventricular controlada antes de recuperar ritmo sinusal. 3: varón con FAP en tratamiento crónico con flecainida y bisoprolol, en seguimiento con holter se registran varios episodios de FAP que se transforman en Fluter IC. 4: mujer en tratamiento crónico con flecainida por FAP, sin controles recientes, presenta síncope cardiogénico objetivándose fluter IC con conducción 2:1. 5: varón en tratamiento con sotalol por FAP, en holter se registra FAP que se transforma en flúter. 6: Varón en tratamiento con flecainida por FAP, atendido por 112 por flúter ventricular con compromiso hemodinámico. 7: Varón con FAP en tratamiento con flecainida y bisoprolol, acude por flúter auricular con conducción aurículo-ventricular 2:1.

CONCLUSIONES:

El uso de flecainida y fármacos IC en la cardioversión puede desencadenar aparición de flúter IC potencialmente más grave. No deben usarse antiarrítmicos IC sin asegurarse de la ausencia de cardiopatía. El uso previo de frenadores del nodo (betabloqueante o diltiazem) debería ser sistemático para prevenir dicha complicación.

P-981

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO Y BAJO
RIESGO CARDIOVASCULAR CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO
EN UN SERVICIO DE URGENCIASJM Garrido Castilla, F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano,
MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: síndrome coronario agudo-riesgo cardiovascular-diagnóstico

OBJETIVOS:

Describir las características y el manejo del paciente con bajo (BRCV) y muy alto riesgo cardiovascular (MARCV) basal, según la SEC, con SCA en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena. La población estudio fue aquella que consultó en el área de urgencias durante el mes de noviembre de 2015, por SCA.

RESULTADOS:

Obtuvimos 17 episodios con BRCV, de los que el 58.8% fueron mujeres, con una edad media de 62.2 años. La frecuencia cardiaca media al ingreso fue de 76 lpm, y al alta de 71.59lpm. La TAS media de 139.82 mmHg. Se llevaron a cabo 9 pruebas de detección isquemia (PDI) siendo 3 positivas, y 11 coronariografías, 4 de ellas primarias, realizando intervencionismo coronario (ICP) en 5. Presentaron un GRACE score medio de 111.4. La troponina T-hs seriada media fue de 56.6, 223.4, 559.1 y 592.9. Reingreso 1 paciente en menos de un año, y se le realizó ICP. 76 episodios fueron de MARCV, de los que el 65.8% eran varones, con una edad media de 71.3. La frecuencia cardiaca media al ingreso fue de 79.32lpm, y al alta de 68.24lpm. La TAS media de 143.92 mmHg. La PDI se realizó a 20 pacientes, siendo positiva en 5 de ellos. Se llevaron a cabo 45 coronariografías, 4 primarias, realizando 32 ICP. La mediana del GRACE score fue de 122 (44-217). La Troponina T-hs media seriada fue de 84.6, 180.6, 401.6 y 687.2. 15 pacientes habían reingresado al año, llevando a cabo 7 ICP.

CONCLUSIONES:

Ambos grupos presentaban un perfil sociodemográfico diferente, aunque si un alto riesgo isquémico en base a la escala GRACE. En ambos casos se realizaron coronariografía en torno al 60% de los pacientes, presentado ICP el 70% de MARCV. La tasa de reingresos al año también fue mayor en éste grupo.



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

P-984

INSUFICIENCIA RENAL Y PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA.
DIFERENCIAS EN LA ESTIMACIÓN SEGÚN FÓRMULAS

AM Roco García, S Barroso Hernández

Hospital Infanta Cristina. Badajoz

PALABRAS CLAVE: insuficiencia renal-tasa de filtración glomerular-posología**OBJETIVOS:**

El objetivo principal será demostrar si las distintas fórmulas utilizadas para la estimación del FG son intercambiables para realizar el ajuste de dosis en la insuficiencia renal.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estimó el FG a través de las fórmulas CKD-EPI, MDRD-IDMS y CG 1.73m². de 213 determinaciones. La relación entre los métodos se realizó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass para Acuerdo Absoluto (CCiAb). El cálculo de la diferencia global entre las estimaciones se calculó y representó gráficamente mediante el método Bland-Altman. La estimación y representación gráfica de la diferencia constante y proporcional entre las fórmulas se calculó por el Método de Passing-Bablok.

RESULTADOS:

Media del FG estimado para cada técnica fue: CKD-EPI: 56.3, MDRD-IDMS: 52.2, CG-1.73m²: 62.0. CCiAb (CKD-EPI referencia): 0.964 para MDRD-IDMS, 0.914 para CG-1.73m². Mediante Bland-Altman el sesgo medio fue de 4.12 ml/min para MDRD-IDMS y -5.65 ml/min para CG-1.73 m². CCiAb (MDRD-IDMS referencia): 0.816 para CG-1.73 m², sesgo medio mediante Bland-Altman fue de -9.77. La diferencia media entre CKD-EPI y MDRD-IDMS fue la más baja con el rango más estrecho del intervalo de valores que engloba al 95%.

CONCLUSIONES:

Existe una diferencia constante y proporcional entre las fórmulas más utilizadas para estimar el FG en la insuficiencia renal que debe ser tenida en cuenta para el ajuste de dosis de fármacos especialmente tóxicos o con escaso margen terapéutico pues de ello dependerán el éxito terapéutico así como de la aparición de efectos adversos.

P-991

ESTUDIO DEL USO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR
EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR EN
URGENCIASV Estabén Boldova, JE Alonso Formento, C Garcés San José,
MJ Pueyo Morer, M de Azúa Jiménez, AI Litago Cortés, C Montesa Lou

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-atrial flutter-low-molecular-weight**OBJETIVOS:**

Estudiar el uso de las HBPM en la FA/FLA en los servicios de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnósticos de FA/FLA atendidos en los servicios de urgencias de los hospitales del SALUD de Aragón en los últimos seis meses del año durante 2012 a 2015. Estos datos forman parte del estudio SARaIV del grupo de arritmias de SEMES AVANZA de ARAGÓN.

RESULTADOS:

En nuestra muestra de 9128 pacientes encontramos que en un 8,8% (800) de los casos se utilizó sólo heparinas de bajo peso molecular como profilaxis tromboembólica. De este grupo con HBPM la edad media fue de 78,5 años, con predominio de mujeres (51,3%), con un predominio de edad de 85 a 90 años (19,9%). Un 88,9% (711) fueron fibrilación auricular, y el resto flutter auricular. En un 65,3% de los casos fueron paroxísticas y en un 34,8% persistentes o permanentes. La edad media de la escala CHADSVASC fue de 3,5 y de la HASBLED de 2. Al analizar el CHADSVASC de estos pacientes observamos que en un 7% (56) tenían una escala de cero, en un 7,3% (58) de uno, y en el 85,8% (686) de dos ó más. Su utilización disminuyó de 2012 (25,6%) a 2014 (22,1%), con aumento en el año 2015 (28%). En resumen se utilizaron este tipo de anticoagulantes en mujeres de edad avanzada, con un alto porcentaje de ingreso (69,1%), con antecedentes de Diabetes, ictus, insuficiencia renal y hepática. En estos pacientes se vio un menor paso a ritmo sinusal (20,9%).

CONCLUSIONES:

El uso de HBPM en la FA/FLA se utiliza sobre todos en mujeres de edad avanzada, que no pasan a ritmo sinusal y que requieren ingreso.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-996

COMPARACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS CON Y SIN FIBRILACIÓN AURICULAR PREVIA QUE PRECISARON RESTAURACIÓN AGUDA A RITMO SINUSAL

N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, MC Quesada Martínez,
M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho, B Medina Tovar,
P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-electric countershock-history taking, medical

OBJETIVOS:

Valorar en pacientes con y sin antecedentes de Fibrilación Auricular previa que precisaron restauración aguda a ritmo sinusal en cuantos pacientes se optó por cardioversión eléctrica o farmacológica y el porcentaje de eficacia de ambas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de revisión de historias clínicas en el que se seleccionaron todos aquellos pacientes con diagnóstico de Fibrilación Auricular (FA) desde el 1 Octubre de 2012 al 30 de Diciembre de 2013, que consultaron en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia que atiende a una población de 200.000 habitantes y 275 urgencias/día cumpliendo los criterios de inclusión 762 pacientes. Variables a estudio: presencia o no de fibrilación auricular previa, tipo de CV realizada (eléctrica ó farmacológica) y efectividad de la misma.

RESULTADOS:

Durante los años 2012 y 2013 consultaron en nuestro Servicio de Urgencias 762 pacientes que fueron diagnosticados de FA de los cuales un 42.26% presentaban un diagnóstico previo de FA y un 57.74% no presentaban diagnóstico previo de FA. De los que presentaban diagnóstico previo de FA preciso restauración aguda a ritmo sinusal un 34.16% mediante control del ritmo de los cuales se realizó cardioversión eléctrica (CVE) a un 60% y al 61.82% cardioversión farmacológica (CVF) de las cuales la eficacia de las mismas fue del 80% en pacientes sometidos a CVE y del 82.35% a CVF. De los pacientes sin AP de FA precisaron restauración aguda a ritmo sinusal un 20.23% mediante control del ritmo de los cuales se realizó CVE un 46.07% y al 65.17% CVF de las cuales la eficacia de las mismas fue del 85.37% en pacientes sometidos a CVE y del 70.69% a CVF.

CONCLUSIONES:

-No existen diferencias significativas entre el método de cardioversión elegido en pacientes con y sin FA previa. -Aproximadamente más del 75% de los pacientes tratados con cardioversión independientemente del tipo elegido fue eficaz.

P-997

FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO (UDT) EN UN CENTRO HOSPITALARIO DURANTE EL AÑO 2015

H Mendes Moreira, E Prieto Piquero, R Cenjor Martín, E Cano Cabo,
G García Estrada, C Marinero Noval, JJ Gil Román

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-unidades de dolor torácico-servicios de urgencias

OBJETIVOS:

Analizar los pacientes con dolor torácico atendidos en un Servicio de Urgencias y determinar el impacto de una UDT en el manejo de esta patología.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, analítico, descriptivo con seguimiento de cohortes de los pacientes con dolor torácico atendidos en un SUH durante el año 2015. En la UDT se incluían aquellos con dolor torácico de probable origen coronario con ECG no diagnóstico y marcadores miocárdicos seriados negativos. Variables: edad y sexo, prioridad establecida por el triaje de Manchester, destino final, resultados de la ergometría, reconsulta y seguimiento a 180 días.

RESULTADOS:

Durante el año 2015 fueron atendidas 101465 urgencias, de las cuales en 6210 pacientes (6.12%) la causa fue el dolor torácico, 3785 pacientes (61%) tenían como discriminador dolor torácico cardíaco, con nivel de prioridad de triaje Manchester 2 (naranja). Fueron ingresados en cardiología desde el servicio de urgencias 2475 pacientes, 221 de estos ingresos procedían de códigos corazón activados desde la calle (112) y el resto ingresó por alteraciones o cambios en el ECG o movilización de enzimas. Al 18.15% (436) de los restantes se incluyeron en la UDT y se les realizó una prueba de provocación de isquemia de forma precoz, y en el 11.23% (49) la ergometría fue positiva, ingresando el 4,35% (19) de ellos. No falleció ningún paciente durante el seguimiento y reconsultaron 17 pacientes (3.89%) de los incluidos en la UDT.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con criterios para ser incluidos en una UDT supera el 10% del total de los pacientes con dolor torácico no traumático y ningún de los pacientes dados de alta desde UDT falleció durante el periodo de seguimiento. Se objetivó que la UDT redujo de una manera importante el porcentaje de ingresos innecesarios en nuestro centro hospitalario.





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

P-999

PERFIL CLÍNICO, MUTACIONES GENÉTICAS Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES JÓVENES ATENDIDOS POR UN SÍNCOPE DE ESFUERZO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J Gómez Alcaraz (1), J Bustamante Mandrion (1), D Vivas Balcones (1), Mi Casado Flores (2), E Corral Torres (2), V Cañadas Godoy (1), FJ Martín Sánchez (1)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: síncope de esfuerzo-muerte súbita-genética

OBJETIVOS:

Estudiar las características clínicas, las mutaciones genéticas y la mortalidad a largo plazo entre los pacientes jóvenes atendidos por un síncope de esfuerzo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de una cohorte retrospectiva que incluyó a todos los pacientes >45 años que sufrieron un síncope de esfuerzo relacionado con la práctica del deporte y que fueron trasladados por el SAMUR-Protección Civil al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos a través del código interno de traslado durante los años 2010-2011. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales y familiares, datos clínicos, analíticos y electrocardiográficos del episodio y el diagnóstico clínico en urgencias. Se realizó un test de las mutaciones genéticas más frecuentes de las patologías relacionadas con muerte súbita. Se realizó un seguimiento telefónico a los 5 años para conocer el estado vital.

RESULTADOS:

Se incluyeron 60 pacientes con edad media 28 años (DE 9,8), de los cuales 47 (78,3%) fueron hombres. El diagnóstico más frecuente fue el indeterminado (68,3%), seguido del vasovagal o neuromediado (25,0%) y cardiogénico (5,0%). Se realizó test genético en 49 (81,7%) de los pacientes, de los cuales 11 (22,4%) presentaron una mutación de displasia de ventrículo derecho, 1 (2,0%) de síndrome de QT largo y 1 (2,0%) de síndrome de Brugada. La presencia de un test genético positivo asoció con el diagnóstico clínico del paciente ($p = 0,037$) siendo positivo en aquellos con síncope cardiológico (50%) o indeterminado (35,5%). No se registró ningún fallecimiento durante el periodo de 5 años de seguimiento del estudio.

CONCLUSIONES:

La presentación clínica del síncope podría ser de ayuda a la hora de seleccionar entre los pacientes jóvenes que sufran un síncope durante la práctica deportiva a aquellos que requieran estudios diagnósticos más complejos.

P-1004

PREDICCIÓN DE UN BUEN CONTROL ANTICOAGULANTE CON DICUMARÍNICOS EN TROMBOPROFILAXIS DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS

C Del Pozo Vegas (1), E García Morán (1), D Rodrigo Carbonero (2), R López Izquierdo (3), J Álvarez Manzanares (3), I García Rupérez (3)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (2) Hospital de Cruces. Bizkaia. (3) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulación-urgencias

OBJETIVOS:

Valorar la utilidad de la escala SAMeTT2R2 en pacientes atendidos en Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de pacientes atendidos en urgencias con FA mediante revisión de historias clínicas. Se midió el TTR de los pacientes por metodología lineal (Rosendaal) durante los 6 meses posteriores a la visita a Urgencias y se aplicó la escala SAMeTT2R2 para estimar el buen o mal control anticoagulante.

RESULTADOS:

De un total de 406 pacientes atendidos en el SUH que tenían como antecedente o eran diagnosticados de FA, 271 (66,7%) estaban anticoagulados con acenocumarol. De estos, 202 (74,53%) presentaban una puntuación < 2 y 69(23,46%). En el análisis comparativo del SAMeTT2R2 con el TTR medido por la fórmula de Rosendaal se aprecian los siguientes valores: SAMeTT2R2 = 0 43% TTR (RIQ26-51), SAMeTT2R2 = 1 40% TTR (RIQ30-49), SAMeTT2R2 = 2 33% TTR (RIQ23-48), SAMeTT2R2 = 3 31% TTR (RIQ19-45), SAMeTT2R2 = 4. NS Agrupando los pacientes por puntuación en la escala SAMeTT2R2 por debajo de dos puntos y pacientes con puntuaciones superiores se apreció un nivel de significación estadística ($p < 0,005$) para que el SAMeTT2R2 predijese el buen control por el método de Rosendaal. Se constató una correlación lineal en la predicción del buen control del TTR con la escala de SAMeTT2R2 en pacientes con valores por debajo de 2 puntos.

CONCLUSIONES:

La escala SAMeTT2R2 permite estimar el mantenimiento del rango terapéutico en pacientes anticoagulados con acenocumarol que consultan en Urgencias.



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

P-1014

ACCESIBILIDAD A LA ACTP EN LOS MUNICIPIOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

P Carreño Tormo (1), E Franco Daza (1), A Muñoz Ureña (2),
R Estevez Montes (3), V Megía Sánchez (3), M Pons Claramonte (4),
R García Tascón (4)

(1) 061 Región de Murcia. (2) C. S. de San Antón. Área 2 de Salud. SMS.
(3) Babcock International. Helicóptero Sanitario Ciudad Real. (4) SAMU Comunidad Valenciana

PALABRAS CLAVE: ACTP-SCACEST-Murcia

OBJETIVOS:

Determinar la accesibilidad actual de los municipios de la Región de Murcia a la ACTP en menos de 60 minutos, en menos de 90 minutos y en más de 90 minutos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Planteamos un estudio descriptivo transversal utilizando como unidad de estudio el municipio mediante variables obtenidas del INE. Obtenemos las cronas por tierra y aire con la herramienta Google-Maps considerando la Vc EC 135 = 240 km/h. Se ajustan las cronas a los tiempos de asistencia, transferencia y maniobras de despegue/ aterrizaje. Se realiza un análisis estadístico multivariante.

RESULTADOS:

De los 45 municipios de la Región de Murcia, 27 tienen disponible la ACTP en menos de 60 minutos, 15 en un intervalo de 60 y 90 minutos y 3 en más de 90 minutos. La crona media ajustada por tierra de acceso a la ACTP es de 61,3 minutos (IC 95% 56,96,65,64). La crona media ajustada por aire de acceso a la ACTP sería de 43,23 (IC 95% 41,95,44,51). Existen diferencias estadísticamente significativas en la accesibilidad a la ACTP entre los municipios con mayor extensión de término municipal ($p = 0,041$) y los municipios con menor densidad de población ($p = 0,001$).

CONCLUSIONES:

La accesibilidad a la ACTP en la Región de Murcia es limitada en las poblaciones alejadas de la capital y con población dispersa. La apertura de un segundo servicio de ACTP 24 horas en la Región de Murcia tendría una repercusión pobre frente a la opción del transporte sanitario aéreo como alternativa.

P-1017

SÍNDROME DE KOUNIS: ALERGIA Y SCA

M Pérez García (1), AL Iglesias Sainz (1), R Blanco Mata (2),
I García Ramos (2), J Larrazabal López (2), JA Aroka Montaña (1),
E Gregorio Echevarría (1)

(1) Hospital San Eloy. Bizkaia. (2) Hospital Universitario de Cruces. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: anaphylactic-acute coronary syndrome-kounis syndrome

OBJETIVOS:

Se presenta una revisión del síndrome de Kounis a partir de tres casos de pacientes que presentaron SCACEST en el contexto de reacción alérgica, repasando la clasificación, fisiopatología, clínica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Caso 1: Varón de 83 años, con reacción anafiláctica a metamizol, y que presenta SCACEST inferior. Tras administración de corticoides y antihistamínicos se resuelve el cuadro clínico. La coronariografía es normal. Seis meses después vuelve a repetir el cuadro tras nueva toma de metamizol, con idéntica evolución. Caso 2: Mujer de 47 años, presenta reacción anafiláctica a ceftriaxona IV, presenta SCACEST inferior que se resuelve con administración de corticoides, antihistamínicos y adrenalina. La coronariografía es normal. Caso 3: Varón de 21 años presenta reacción alérgica, con desencadenante desconocido, se resuelve el cuadro tras administración de corticoides y antihistamínicos. La coronariografía fue normal.

RESULTADOS:

Se debe sospechar un síndrome de Kounis en un paciente que presenta un SCA en el contexto de una reacción alérgica. Existen 3 tipos, en nuestra serie los tres corresponden al tipo I con arterias coronarias sin estenosis significativas. El diagnóstico inicial es por sospecha clínica junto con alteraciones en el ECG. Debe tratarse la reacción alérgica, junto con calcio antagonistas y nitratos, valorando antiagregación si se sospecha el tipo II. La coronariografía permite descartar la presencia de estenosis significativas. Puede ayudar a confirmar el diagnóstico una analítica con marcadores de daño miocárdico, triptasa, histamina, IgE, eosinófilos y complemento. El pronóstico es bueno, aunque puede repetirse el cuadro si se repite la exposición al alérgeno.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Kounis es una causa atípica de SCA, a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, en especial en el medio extrahospitalario y en hospitales sin ACTP primaria, dado que estos pacientes no se benefician del tratamiento fibrinolítico. Aunque el pronóstico es bueno parece necesario realizar coronariografía para confirmar el diagnóstico.



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

P-1020

PERFIL DE LOS PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO INCLUIDOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y SU ASOCIACIÓN CON LA POSITIVIDAD DE LA PRUEBA DE ESFUERZO

J Gil Román, B Di Salvo León, E Prieto Piquero, D Serrano Henriques-Gil, L López Menéndez, D Cuetos Suárez, J Vázquez Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-diagnóstico-servicios de urgencias**OBJETIVOS:**

Conocer el perfil del paciente incluido en una UDT y los factores que se asocian con la positividad en las pruebas de provocación de isquemia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, analítico, descriptivo con seguimiento de cohortes de los pacientes con dolor torácico atendidos en un SUH durante el año 2015. En la UDT se incluían aquellos con dolor torácico de probable origen coronario con ECG no diagnóstico y marcadores miocárdicos seriados negativos. Variables: edad y sexo, factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular previa, tratamiento crónico y resultados de la ergometría. Análisis estadístico: T- student para comparación de variables cuantitativas y Ji-cuadrado para la de variables cualitativas. Se dividió a los pacientes en función del resultado positivo (grupo PE+) o negativo (PE-) de la ergometría.

RESULTADOS:

Durante el año 2015 fueron atendidas 101465 urgencias, de las cuales 6210 pacientes (6.12%) lo hicieron por dolor torácico y 18.15% (436) tenían ECG sin cambios y sin movilización de enzimas e ingresaron en la UDT y realizaron una ergometría en menos de 24 h. Las principales comorbilidades presentes fueron: HTA en 191 (44,6%) pacientes, dislipemia en 160(37.3%), tabaquismo activo en 118 (30,8%), Cardiopatía Isquémica (CI) en 65 (15,2%), Diabetes Mellitus (DM) en 59 (13,8%). Las estatinas estaban en 150 (34,9%) pacientes, ARA II en 96 (22,4%), AAS en 80 (18,6%), IECA en 63 (14,4%), biguanidas en 40 (9,3%) y nitratos en 31 (9,1%). Las variables de comorbilidad que predominan en el grupo de PE+ son HTA 59,2% vs. 42,7%, ($p = 0,029$), dislipemia 55,1% vs. 36%, ($p = 0,006$), CI previa 28,6% vs. 13,4%, ($p = 0,005$) y DM 22,4% vs. 12,6% ($p = 0,06$). En cuanto a la medicación, en el grupo PE+ ARA-II 32,7% vs. 21,1%, ($p = 0,067$), calcioantagonistas 20,5% vs. 11,3%, ($p = 0,067$), betabloqueantes 26,5% vs. 16,5%, ($p = 0,087$), nitratos 18,4% vs. 7,9%, ($p = 0,016$), metiglinidas 4,1% vs. 0,8%, ($p = 0,043$) y biguanidas 18,4% vs. 8,1%, ($p = 0,020$).

CONCLUSIONES:

La HTA, la dislipemia y la CI previa son las patologías más prevalentes en el grupo de pacientes con dolor torácico con ergometría positiva. Así mismo la medicación que encontramos con mayor frecuencia en éste tipo de pacientes son los nitratos, betabloqueantes, ARAII y antidiabéticos orales.

P-1026

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN EMBARAZO

M Vieitez Santiago (1), A Aranguren Arostegi (1), B De Tapia Majado (1), P Garmilla Ezquerro (1), JA Espinoza Pérez (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Clínica Mompía. Cantabria

PALABRAS CLAVE: taquicardia supraventricular-embarazo-fármacos antiarrítmicos**OBJETIVOS:**

Tratamiento adecuado de TSV en embarazo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 38 años embarazada de 31 semanas, sin antecedentes personales relevantes, acude a urgencias de Clínica Mompía por palpitaciones de 1 hora de duración. Presenta una FC 210 lpm, TA 90/50 mmHg, y auscultación cardiaca sin soplos. Se realiza electrocardiograma (Figura 1) objetivándose TSV a 200 lpm. Tras maniobras vasovagales fallidas, se administran bolos de adenosina, en intervalos de 5 min (6 mg-6 mg-12 mg) sin respuesta. Se traslada a centro de referencia (HUMV). A su llegada, se mantiene hemodinámicamente estable, se realiza EcoFast comprobando latido fetal positivo, y eco-cardiograma por Cardiólogo de guardia donde se descarta cardiopatía estructural. Se administra nuevamente 12 mg de adenosina y se objetiva en el monitor cardioversión a ritmo sinusal a 140 lpm con bloqueo de rama izquierda. Ante persistencia de preexcitación, se administran 5 mg de diazepam y 25 mg de atenolol, manteniendo posteriormente ritmo sinusal a 80 lpm sin alteraciones de la repolarización (Figura 2). Tras 24 h de observación fue dada de alta con Atenolol 25 mg al día.

RESULTADOS:

Basándonos en artículos sobre este tema publicados en 1997, 2001 y 2006 podemos afirmar que no hay correlación entre los síntomas y la incidencia de arritmias en embarazo, y que dichas pacientes presentaron complicaciones fetales en un 20% de los casos. La complicación más frecuente es el parto prematuro. En la última guía de la ESC del 2011, la adenosina i.v. es el fármaco de elección en TSV. Otros fármacos aprobados son metoprolol, digoxina, sotalol, flecainida o propafenona. La cardioversión eléctrica es segura en el embarazo.

CONCLUSIONES:

Pacientes que previo al embarazo han presentado un evento arrítmico, tienen una probabilidad elevada de presentar recurrencia en la gestación, hasta un 44%. El tratamiento farmacológico antiarrítmico profiláctico se debe emplear sólo si los síntomas son intolerables o la taquicardia causa deterioro hemodinámico.



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

P-1080

MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MM Jiménez Casado, A Moreno Juste, B Sierra Bergua, J Navarro Calzada, ME Navarro Aguilar, JA García Noaín, P Valdrés Carrosequino

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hypertension-hypertensive crises-hypertensive urgency

OBJETIVOS:

Realizar una revisión del manejo de las crisis hipertensivas atendidas en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital para valorar si se ajusta a las recomendaciones de las guías de hipertensión arterial.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes atendidos con diagnóstico de crisis hipertensiva entre Julio y Diciembre de 2016. Se valoran datos como edad, sexo, diagnóstico previo de HTA, tratamiento antihipertensivo y comorbilidad previa, si cumplen criterios de crisis hipertensiva, clínica, exploración física y pruebas complementarias realizadas, tratamiento administrado, cifras de TA al alta y destino del paciente.

RESULTADOS:

Se analizan 224 pacientes con media de edad de 65,51 años (58,9% mujeres). El 78.1% estaban previamente diagnosticados de HTA, con tratamiento antihipertensivo un 73,2%, y un 28.2% tenía comorbilidad. Se calificaron como crisis hipertensivas a un 85.7% con TAS mayor o igual a 180 mmHg y a un 16.1% con TAD mayor o igual a 120 mmHg. El 26,8% estaban asintomáticos, el 69,2% presentaban síntomas generales y un 4% tenía afectación de órgano diana. Se realizó auscultación cardiopulmonar al 93,8%, valoración neurológica al 63,4% y valoración de pulsos periféricos al 11,2%. En un 42,4% se realizó ECG y tira de orina. El tiempo medio de administración de tratamiento es de 58 min, con una media de 2.47 fármacos, siendo el más administrado el Captopril (78.1%). La cifra media de TAS al alta fue de 159 mmHg y 89 mmHg de TAD. Un 88.8% fue dado de alta, un 8.9% permaneció en observación y un 2,2% fue ingresado. Se indicó una modificación del tratamiento antihipertensivo en el 27,6% de los casos.

CONCLUSIONES:

Estos resultados orientan a que el manejo de esta patología no se realiza de forma adecuada, administrándose tratamiento en casos no indicados, por lo que sería necesario una mayor difusión de las guías de práctica clínica de esta patología para mejorar la eficacia.

P-1081

MENINGITIS CRIPTOCÓCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MM Rodríguez Carrasco (1), C Hernández Durán (2), F Molina Anguita (3), S Morcillo Cebolla (4)

(1) C. S. Orcasitas. Madrid. (2) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

(3) C. S. La Florida. (4) C. S. Los Rosales. Madrid

PALABRAS CLAVE: meningitis-criptocócica-VIH

OBJETIVOS:

Revisión de la meningitis criptocócica, una importante enfermedad oportunista, especialmente en pacientes VIH, partiendo de un caso que fue valorado inicialmente en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Se realiza una revisión multidisciplinar del caso (Urgencias, neurología y servicio de infecciones) inicialmente para orientación diagnóstica. - Revisión de la bibliografía con los últimos estudios y revisiones en los últimos 5 años a través de PubMed. Revisión de últimas guías de tratamiento (GeSIDA).

RESULTADOS:

- Se confirmó el diagnóstico de Meningitis Criptocócica con el resultado de los cultivos. - Se comentó el caso en Servicio de urgencias para alertar sobre los datos de sospecha, dado que el diagnóstico y el tratamiento precoz son fundamentales para la supervivencia.

CONCLUSIONES:

1. Sospecha diagnóstica: - Infección VIH avanzada (CD4 < 100) o VIH (situación desconocida) - Focalidad neurológica/Meningitis/meningoencefalitis 2. Confirmación: antígeno Criptococo en LCR o suero (alta sensibilidad y especificidad) 3. Manejo inicial: terapia antifúngica y PL terapéuticas si datos hipertensión craneal (previa prueba de imagen).



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1093

ESTUDIO SOBRE LA REALIZACIÓN DE ERGOMETRÍA EN LA EVALUACIÓN DE DOLOR TORÁCICO PERFIL ISQUÉMICO

A Moreno Juste, M Valle Puyol, D Idoipe Rubio, A Cantín Golet,
JM Salvador Casabón, M Peralta Ginés, SA Nuggerud Galeas

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-isquemia-ergometría

OBJETIVOS:

Evaluar los resultados obtenidos tras la realización de ergometría en los pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias, después de la implantación del protocolo descrito.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mediante un estudio descriptivo transversal se analizaron los pacientes mayores de 14 años que fueron incluidos en dicho protocolo entre febrero de 2015 y septiembre de 2016. Se incluyen pacientes con sospecha de dolor torácico de perfil isquémico, con electrocardiografía sin alteraciones significativas y marcadores cardiacos negativos, que pasan a sala de observación para realización de ergometría por parte del servicio de Cardiología para inducción de isquemia antes de decidir sobre la estrategia invasiva.

RESULTADOS:

118 pacientes fueron incluidos, con una media de edad de 58,85 años, de los cuales un 29,7% eran mujeres y un 70,3% hombres. La ergometría resultó positiva en 20 casos (16,9%), con una edad media de 65,20 años, un 75% eran hombres y un 25% mujeres. En dichos casos, se realizó coronariografía, patológica en todos ellos con consecuencia de ingreso del 90% en cardiología y un 10% en UCI. Por otro lado, de los que obtuvieron resultado negativo en la ergometría, un 95,9% fueron dados de alta y un 4,1% fueron ingresados para completar el estudio.

CONCLUSIONES:

La implantación de este protocolo permite identificar un número significativo de casos de Síndrome Coronario Agudo no detectados de forma inicial, permitiendo la instauración de un tratamiento precoz lo que disminuye la morbilidad. De la misma forma, se evita el ingreso indebido en pacientes con patologías leves.

P-1124

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON HIPERPOTASEMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C Garcés San José, T Fernández Letamendi, MA Javierre Loris,
L Rodríguez Serra, O Ortigosa Agustín, A Herrer Castejón,
E Bustamante Rodríguez

H. U. Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: emergency-hiperkalemia-clinical signs

OBJETIVOS:

Conocer las características clínicas de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias con diagnóstico final de hiperpotasemia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Extracción de datos desde el programa informático de asistencia. 129989 pacientes atendidos, se seleccionaron los casos con diagnóstico de hiperpotasemia y/o insuficiencia renal en las tres primeras opciones diagnósticas quedando una muestra de 178 casos. Se han analizado con SPSS V22.

RESULTADOS:

61,8% hombres, edad media $78,4 \pm 11,7$ años, motivos de consulta 21% astenia/ debilidad, 15,7% disnea y 13,7% derivados para revisión de pruebas, un 35,3% asocia diagnóstico de insuficiencia renal, la etiología fue 72% insuficiencia renal (IR), deshidratación 5% y diarreas 4%, la primera determinación de potasio fue 25% entre 5,5-6mEq/l, 39% 6-7mEq/l, y >7 mEq/l en 35%, un 28% de los pacientes presentaban TAS >140 mmHg, en los antecedentes personales destacan 41% HTA, 25% IR, 22% DM, el 74% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario siendo el servicio de Medicina interna el seleccionado para su tratamiento en el 44% de estos casos y nefrología en el 7,8%, el 24% de los casos fue manejado en urgencias siendo dado de alta a domicilio desde este servicio con una estancia media de 22 horas, 1 paciente falleció.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que acuden a nuestro servicio con hiperpotasemia son varones con una edad media de 78,4 años, asocian principalmente FRCV e insuficiencia renal, la mayoría presentan hiperpotasemia leve pero aún así es necesario su ingreso para recibir tratamiento. Recordar que es la alteración electrolítica más grave, su incidencia está aumentando en la población anciana tratada con fármacos que la favorecen, y dado que es un trastorno principalmente yatrogénico debemos centrar nuestros esfuerzos en prevenirlo.



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

P-1131

¡ESTE INFARTO, NO SERÁ... LUPUS!

A Milán Mestre (1), JJ Tope Love (1), M Da Cruz Wentacem (1),
CJ Dávila Briones (1), E Cardona García (1), JM Pinilla Alemán (2),
S Jofresa Iserte (2)

(1) H. U. Torrevieja. Alicante. (2) C. S. San Miguel de Salinas. Alicante

PALABRAS CLAVE: acute coronary syndrome-rheumatology-lupus erythematosus, systemic

OBJETIVOS:

Ver la relación que existe entre padecer enfermedad reumatológica y padecer SCA, además de observar la relación que estos antecedentes pueden tener con el tipo de presentación del SCA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Para ello, hemos realizado un estudio descriptivo en el que hemos valorado todos los Códigos Infarto con cateterismo primario que se realizaron en el Servicio de Urgencias del Hospital de Torrevieja durante el año 2015. Además hemos realizado una comparación entre pacientes sin antecedentes de enfermedad reumatológica y pacientes con ellos, para valorar posibles diferencias en la forma de presentarse el SCA.

RESULTADOS:

Pacientes con SCA que a su vez presentaban Enfermedad reumatológica 8,1%. Presencia de dolor torácico en pacientes con enfermedad reumatológica es superior (83,3%) a sin ella (73,5%). Elevaron las enzimas de daño cardíaco el 100%. Presentaron mayor territorio coronario afectado, con lesión en más de dos vasos en un 66,7% en comparación con los pacientes sin antecedentes de enfermedad reumatológica que representa un 19%.

CONCLUSIONES:

Padecer una enfermedad reumatológica no implica necesariamente un mayor riesgo de sufrir SCA. Pero sí que podemos destacar que aquellos pacientes que presentan enfermedad reumatoidea, presentan con mayor frecuencia un SCA con dolor torácico, elevan enzimas de daño cardíaco y se ven afectados mayor número de vasos coronarios en el evento isquémico.

P-1133

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN VALVULOPATÍAS

AM Arévalo Pardal (1), S Sánchez Ramón (2), R López Izquierdo (2),
M Moya de La Calle (2), R Álvarez Paniagua (1), JR Oliva Ramos (1)

(1) C. S. Parquesol. Valladolid. (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardíaca-enfermedades de las válvulas cardíacas-anemia

OBJETIVOS:

Analizar la asociación entre el impacto asistencial y el diagnóstico de Valvulopatía cardíaca en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Muestra: pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica que precisan atención hospitalaria por reagudización. Periodo: Enero 2015- Enero 2016. Variables recogidas: demográficas, antecedentes médico-quirúrgicos, tratamiento farmacológico, presencia de valvulopatía médica/no quirúrgica, datos ecocardiográficos, tiempo de evolución de insuficiencia cardíaca, número de reagudizaciones /año, hemograma completo a la atención y al alta, necesidad de transfusión, morbilidad durante el ingreso, mortalidad a corto y largo plazo. Análisis mediante paquete estadístico SPSS®.

RESULTADOS:

378 Pacientes atendidos por 450 episodios de insuficiencia cardíaca aguda (ICA) (43.6% varones, 56.4% mujeres). FEVI < 30% 14,7%. Valvulopatía en tratamiento médico/ no quirúrgica/ operada y con enfermedad posterior 130 pacientes (34,3%), estenosis aórtica (36,9%). Afectación de dos válvulas (32,3%). Precizaron hospitalización 74,07%. Análisis univariante: Asociación estadísticamente significativa entre: 1. Episodios ICA/año y estenosis aórtica ($p = 0,040$), insuficiencia aórtica ($p = 0,016$), Insuficiencia mitral ($p = 0,003$), insuficiencia tricuspídea ($p = 0,038$) y haber sido intervenido en cirugía cardíaca ($p = 0,022$). 2. Mortalidad a 30 días: grado estenosis mitral ($p = 0,015$), insuficiencia mitral ($p = 0,047$), presencia y grado de insuficiencia tricuspídea ($p = 0,004$ y $p = 0,020$). 3. Complicaciones: grado de insuficiencia mitral ($p = 0,038$), presencia y grado de insuficiencia tricuspídea ($p = 0,000$ y $p = 0,020$). 4. Necesidad de transfusión por anemia: insuficiencia tricuspídea ($p = 0,023$). Análisis multivariante: Factores predictores de: 1. Episodios de ICA/año: estenosis aórtica ($p = 0,047$) e insuficiencia mitral ($p = 0,017$). 2. Mortalidad a 30 días: grado de estenosis mitral ($p = 0,000$). 3. Necesidad de transfusión por anemia: insuficiencia tricuspídea ($p = 0,000$).

CONCLUSIONES:

Las valvulopatías suponen un frecuente desencadenante de insuficiencia cardíaca aguda, por ello son una etiología a tener en cuenta en su manejo en urgencias hospitalarias. La insuficiencia tricuspídea es frecuente en pacientes con otras valvulopatías y afecciones cardíacas, especialmente cuando hay hipertensión pulmonar, y su disfunción se tolera bien durante años. Dada su relación con la necesidad de transfusión por anemia, debe ser tenida especialmente en cuenta en el manejo de estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1144

UTILIZACIÓN CORRECTA DE ANTIARRÍTMICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Portela Martín, S Sánchez Ramón, M Moya De la Calle

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: amiodarona-fibrilación auricular-antiarrítmicos

OBJETIVOS:

(1) Analizar la forma de uso de la amiodarona en FA en pacientes que acuden a Urgencias y valorar su uso correcto o incorrecto según las guías clínicas actualizadas en ese momento. (2) Conocer datos epidemiológicos, factores de riesgo cardiovascular y la sintomatología más frecuente de los pacientes con FA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Criterios de inclusión: pacientes cuyo diagnóstico de atención sea fibrilación auricular. Criterios de exclusión: pacientes que acuden por otro motivo no relacionado con la propia FA. Mediciones e intervenciones: a partir de los pacientes atendidos en el año 2014 en Urgencias, se hizo una selección según los criterios de inclusión. El muestreo se realizó seleccionando los diez primeros días de los meses pares y se diseñó una base con las distintas variables que fueron analizadas en el programa SPSS v.18.0.

RESULTADOS:

La FA fue más prevalente en hombres, aunque en muestras similares el porcentaje fue mayor en mujeres. La edad media fue de 70,65 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (HTA). El síntoma más frecuente, las palpitaciones. El 38% se trató con control de ritmo, de los cuales, en el 48% se usó la amiodarona, de estos presentaban cardiopatía estructural la mitad de los pacientes. Revirtió a ritmo sinusal el 28%. Se pautan antiarrítmicos al 29%, de los cuales el 50% es amiodarona.

CONCLUSIONES:

En la mitad de las ocasiones, la amiodarona se utilizó injustificadamente, ya que no había ningún tipo de cardiopatía. En este sentido, no se siguieron estrictamente la actualización de los protocolos, sin embargo, consideramos que ha sido un gran avance la unificación a nivel nacional de las guías para la homogeneización de los procedimientos, aunque su instauración sea insidiosa.

P-1148

PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE ANTIAGREGANTES EN LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

M Avellana Gallán, MF Barcones Molero, JE Alonso Formento, MJ Pueyo Morer, M De Azúa Jiménez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-atrial flutter-prescription drug misuse

OBJETIVOS:

Conocer el porcentaje de prescripción de antiagregantes en los pacientes diagnosticados de FA/FLA en los servicios de urgencias de nuestra área de asistencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de FA/FLA atendidos en los servicios de urgencias de la red hospitalaria del SALUD en los seis últimos meses de 2012 a 2015. Estos datos forman parte del estudio SARaIV del grupo de arritmias de SEMES AVANZA de ARAGÓN.

RESULTADOS:

En nuestra muestra, de 9128 pacientes, un 8,3% (758) recibieron antiagregantes como profilaxis tromboembólica. La edad media de este grupo fue 76 años, con una estancia media de 7,2 horas, una media en escala CHADSVASC de 3,1 y de HASBLED de 2. Al analizar detalladamente este grupo observamos que se utilizan más en fibrilación auricular que en flutter (8,7%, vs. 6,8%), con ritmo sinusal al alta (40,6%), más varones que mujeres (53% vs. 47%), en edad más avanzadas (el 25% del grupo son pacientes de 95 a 105 años), en pacientes que se dan de alta a domicilio (63,9%), en pacientes con antecedentes de ictus (15,4%) o con cardiopatía isquémica (15,3%). Al analizar su uso según la escala CHADSVASC observamos que en un 14,5% (110) tenían una escala de cero, un 9,8% (74) de uno y el 75,7% (574) de dos o más. Sólo un 35,5% (269) tenían un HASBLED de tres o más. Sin embargo es esperanzador que en los cuatro años analizados hay una disminución progresiva de su uso, con un 32,3% en 2012, un 23,5% en 2013, un 25,1% en 2014, y un 19,1% en 2015.

CONCLUSIONES:

No se debe recomendar el uso de antiagregantes como profilaxis tromboembólica única en FA/FLA sobre todo en pacientes ancianos ya que son el grupo de edad con mayor riesgo tromboembólico por su edad y por sus patologías concomitantes.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1150

FIBRILACIÓN AURICULAR: PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL, EFICACIA DE LA CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA Y ANTIARRÍTMICOS UTILIZADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho, B De la Villa Zamora, B Medina Tovar

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-muscular dystrophy, emery-dreifuss-history taking, medical

OBJETIVOS:

Valorar en pacientes con cardiopatía estructural que precisen control a ritmo sinusal aquellos que se realizó cardioversión farmacológica, la eficacia y el tipo de fármacos antiarrítmicos utilizados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia que atiende a una población de 200.000 habitantes y 275 urgencias/día en el que se seleccionaron todos aquellos pacientes con diagnóstico de Fibrilación Auricular (FA) que consultaron entre el 1 de Octubre de 2012 y el 30 de Diciembre de 2013 que presentaban cardiopatía estructural previa medida mediante ecocardiografía previa hasta 2 años antes cumpliendo los criterios de inclusión 762 pacientes. Variables a estudio: presencia de cardiopatía estructural, cardioversión farmacológica (CVF) realizada, eficacia de CVF, fármaco antiarrítmico utilizado.

RESULTADOS:

Durante los años 2012 y 2013 consultaron en nuestro Servicio de Urgencias 762 pacientes que fueron diagnosticados de FA de los cuales un 31,76% presentaban cardiopatía estructural destacando por orden de frecuencia en un 38.4% la cardiopatía hipertrófica, 35.95% la valvular y en un 16.94% la isquémica. Del porcentaje total de cardiopatías estructurales, precisaron control del ritmo un 16.94% de los cuales se realizó CVF en un 39.02% siendo eficaz en un 75% de los casos. De los mismo el 58.33% fueron tratados con Amiodarona, el 16.67% con Flecainida y el 16.67% con Vernakalant.

CONCLUSIONES:

- En aproximadamente más del 50% de los pacientes con cardiopatía estructural tratados con CVF el antiarrítmico de elección fue la Amiodarona en consonancia con las guías de práctica clínica. - La mayoría de ecocardiografías previas mostraban Cardiopatías Hipertróficas y Valvulares tal y como se muestra en la literatura. - Algunos pacientes fueron tratados con Vernakalant como alternativa a la Amiodarona para la CVF de pacientes con FA tal y como apoyan las guías de práctica clínica en pacientes con IC leve (NYHA I-II), incluidos los pacientes con cardiopatía isquémica, siempre que no presenten hipotensión o estenosis aórtica grave.

P-1158

FIBRILACIÓN AURICULAR: TRATAMIENTO ANTIARRÍTMICO AL ALTA EN PACIENTES CON EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDO EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES DE FIBRILACIÓN AURICULAR. CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA

MJ Martínez Valero, MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho, N Rodríguez García, P Piñera Salmerón, B Medina Tovar

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: fibrilación atrial-arritmias cardiacas-nodo atrioventricular

OBJETIVOS:

Analizar el tratamiento aplicado a los pacientes sin antecedentes de FA, tras un episodio de esta arritmia revertido a RS, correlacionándolo con la clínica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, descriptivo observacional, de revisión de historias clínicas, recogiendo 762 pacientes con diagnóstico de FA en un periodo del 1 de Octubre de 2012 al 30 de Diciembre de 2013 en el SU del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Variables estudiadas: antecedentes personales de FA, clínica, ritmo al alta (RS o FA), tratamiento antiarrítmico al alta. Para el análisis estadístico: SPSS de IBM®.

RESULTADOS:

De 762 pacientes de la muestra, 85 (11.5%) no tenían antecedentes de FA y fueron dados de alta en RS. Un 17.6% de estos pacientes fueron dados de alta con pauta de fármacos para el control del ritmo, y un 35.3%, recibieron prescripción de tratamiento para control de la frecuencia cardíaca (FC). Entre los fármacos usados para el control del ritmo: flecainida 53.3%, dronedarona 40%, Sotalol 6.6% y amiodarona y propafenona 0%. Para el control de FC: Beta-bloqueantes 76.7%, antagonistas del calcio 20%, Digoxina 3.3%. Correlación de la clínica con el tratamiento: 64.7% presentan palpitaciones, pautándose en 36.3% controladores de la FC y en 0% antiarrítmicos. 31.8% presentan dolor torácico, pautándose en 55.5% controladores de la FC y en 7.4% antiarrítmicos. 23.5% presentan disnea, pautándose en 55% controladores de la FC y en 5% antiarrítmicos. 4.7% presentan síncope, pautándose en un 0% controladores de la FC y en un 14.28% antiarrítmicos.

CONCLUSIONES:

Según las guías, no se debe aplicar tratamiento para control de la FC en un episodio único de FA revertido a RS (se considera cuando la FA es permanente o para disminuir la velocidad del nodo en algunos pacientes). En un tercio se pauta tratamiento para control de la FC, siendo los beta-bloqueantes el fármaco de preferencia. Los fármacos para el control del ritmo están indicados en algunas ocasiones, cuando el cuadro es muy sintomático o por las características del paciente. Las presentaciones clínicas de palpitaciones, dolor torácico y disnea se tratan con controladores de la FC en mayor porcentaje.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1169

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

D Fernández Camacho, B De la Villa Zamora, N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, MC Quesada Martínez, B Medina Tovar, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-anticoagulantes-comorbilidad

OBJETIVOS:

Analizar el tipo de tratamiento anticoagulante empleado en pacientes con FA diagnosticados en el Servicio de Urgencias según su edad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, retrospectivo desarrollado en el Hospital General Universitario Reina Sofía. Se incluyeron 761 pacientes diagnosticados de FA que acudieron entre Octubre-2012 y Diciembre-2013. Se analizó el tipo de anticoagulante empleado (AVK o ACODs) clasificando los pacientes en dos grupos (≤ 75 años o > 75 años).

RESULTADOS:

Valoramos 761 pacientes con FA atendidos en el Servicio de Urgencias. Clasificados por edades hay 405 pacientes (53,2%) ≤ 75 años y 356 (46,8%) > 75 años siendo mayor el porcentaje de varones en este segundo grupo (57,0 vs. 72,8%, $p < 0,001$). Los pacientes > 75 años son más hipertensos (87,9 vs. 62,5%, $p < 0,001$), más diabéticos (33,4 vs. 21,0%, $p < 0,001$), presentan más enfermedad renal (13,2 vs. 6,9%, $p < 0,001$), síndrome anémico (14,0 vs. 7,2%, $p < 0,001$) y antecedentes de ACV (16,3 vs. 6,7%, $p < 0,001$). Además, presentan mayor puntuación en la escala de riesgo tromboembólico CHA2DS2-VASc ($2,9 \pm 1,1$ vs. $1,7 \pm 1,4$, $p < 0,001$) y de riesgo hemorrágico HAS-BLED ($4,5 \pm 1,5$ vs. $2,4 \pm 1,6$, $p < 0,001$). Con respecto al tratamiento anticoagulante al alta, 94 (26,4%) de los pacientes > 75 años recibieron tratamiento con ACODs, siendo similar el porcentaje en ≤ 75 años (23,2%, $p = 0,31$). Los AVK presentan una distribución similar (37,9 vs. 40,0%, $p = 0,56$).

CONCLUSIONES:

Aunque los pacientes > 75 años presentan más comorbilidades asociadas, no presentan diferencias significativas con respecto al tratamiento anticoagulante empleado al alta comparado con el grupo de ≤ 75 años. Por lo tanto en estos pacientes, la edad no fue un factor limitante para elegir el mejor tratamiento anticoagulante.

P-1170

ANÁLISIS DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

D Fernández Camacho, N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, P Piñera Salmerón, B Medina Tovar

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-factores de riesgo-hipertensión

OBJETIVOS:

Conocer el perfil clínico de los pacientes diagnosticados de FA en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, retrospectivo desarrollado en el Hospital General Universitario Reina Sofía. Se incluyeron 761 pacientes diagnosticados de FA que acudieron entre Octubre-2012 y Diciembre-2013. Se analizó el perfil clínico o patologías previas de estos pacientes.

RESULTADOS:

Valoramos 761 pacientes con FA atendidos en el Servicio de Urgencias. La edad media de estos pacientes fue $72,3 \pm 13,3$ años. De estos pacientes, 490 (64,4%) eran mujeres y 271 (35,6%) hombres. En relación a las características clínicas: 566 de los pacientes (74,4%) tenían hipertensión arterial (HTA), 204 (26,8%) diabetes mellitus (DM), 311 (40,9%) dislipemia (DLP), 16 (2,1%) hipertiroidismo, 100 (13,1%) broncopatía, 75 (9,9%) enfermedad renal crónica, 85 (11,2%) ACV previos, 17 (2,2%) embolia periférica, 106 (13,9%) insuficiencia cardiaca, 79 (10,4%) tenían anemia, 58 (7,6%) eran fumadores, 20 (2,6%) eran consumidores crónicos de alcohol, y 7 (0,9%) consumían drogas. La puntuación media de la escala HAS-BLED de nuestros pacientes fue $3,4 \pm 1,9$ y de CHA2DS2-VASc $2,2 \pm 1,4$.

CONCLUSIONES:

Tras el estudio de las características clínicas de los pacientes con FA atendidos en el Servicio de Urgencias objetivamos que esta arritmia es más frecuente en pacientes mayores de 70 años y en mujeres. Además, todos los pacientes presentan una alta tasa de factores de riesgo cardiovascular siendo el más frecuente la HTA.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1178

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
DOMICILIARIO AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS
EN PACIENTE CON FA PREVIA DESCOMPENSADA

M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho, B De La Villa Zamora, N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, B Medina Tovar, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-therapy-benchmarking

OBJETIVOS:

Evaluar en pacientes con diagnóstico previo de FA la optimización del tratamiento domiciliario farmacológico (control de FC y ritmo) al alta del servicio de urgencias tras episodio de descompensación.

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 al alta de FA que acudieron al SU entre Octubre 2012 a Diciembre de 2013. Se evaluó el tratamiento farmacológico en domicilio (control de ritmo y FC) y el tratamiento al alta del SU en pacientes con FA previa que consultaron en urgencias con descompensación. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Consultaron 762 pacientes por FA de los cuales 322 tenían diagnóstico previo de FA. El tratamiento en domicilio era: Antagonistas del calcio no dihidropiridínicos 62 (19,25%), Verapamilo 13 (4%) y Diltiazem 49 (15,22%), Bloqueadores beta 136 (42,23%), Digoxina 32 (9,9%), Amiodarona 29 (9%), Flecaínida 38 (11,8%), Dronedarona 16 (4,95%), Propafenona 2 (0,62%), Sotalol 1 (0,3%) y otros 2 (0,6%). El tratamiento al alta de urgencias tras descompensación fue: Antagonistas del calcio no dihidropiridínicos 65 (20,19%), Bloqueadores beta 123 (38,20%), Digoxina 39 (12,11%), Amiodarona 16 (4,97%), Flecaínida 55 (17,1%), Dronedarona 22 (6,83%), Propafenona 2 (0,62%), y sotalol 1 (0,31%).

CONCLUSIONES:

Con respecto a los Antagonistas del calcio no dihidropiridínicos, Digoxina y Dronedarona no se objetivaron cambios significativos aunque se prescriben ligeramente más al alta con respecto al tratamiento previo domiciliario. Se objetiva también una leve disminución del uso de bloqueadores beta y amiodarona al alta con un aumento del uso de flecaínida en un 5,3% al alta con respecto al tratamiento previo. En cuanto al uso de Propafenona y sotalol no se presentaron cambios.

P-1180

EVALUACIÓN DE FÁRMACOS EN CARDIOVERSIÓN
FARMACOLÓGICA EFICAZ EN PACIENTES CON O SIN FA PREVIA

M Córcoles Vergara, D Fernández Camacho, N Rodríguez García, MJ Martínez Valero, MC Quesada Martínez, P Piñera Salmerón, B Medina Tovar

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-therapy-benchmarking

OBJETIVOS:

Evaluar los fármacos empleados en cardioversión farmacológica y su eficacia con reversión a ritmo sinusal en pacientes con y sin FA previa en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, retrospectivo en un Hospital General con área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se incluyeron enfermos con diagnóstico al alta de FA que acudieron al SU entre Octubre 2012 a Diciembre de 2013. Se evaluó el tratamiento farmacológico y la tasa de respuesta de cada fármaco utilizado en la cardioversión farmacológica eficaz. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Consultaron 762 pacientes por FA, 322 tenían diagnóstico previo de FA y 442 no 322 con FA previa: se realizó control del ritmo en 110 (34,16%) con cardioversión farmacológica en 68 (61,8%). El tratamiento fue, Flecaínida 39 (57,35%), Amiodarona en 27 (39,7%), Vernakalant 4 (5,9%) y Propafenona 0. En 56 (82,35%) resultaron eficaces. La tasa de respuesta de cada fármaco fue: Flecaínida 33 (84,61%), Amiodarona 20 (74%), Vernakalant 4 (100%) y propafenona 0. 442 sin FA previa se: realizó control del ritmo a 89 (20,13%) con CVF en 58 (65,2%). El tratamiento fue: Flecaínida 35 (60,34%), Amiodarona 21 (36,2%), Vernakalant 3 (5,17%) y Propafenona 0. En 41 (70,7%) fueron eficaces. La tasa de respuesta de cada fármaco fue: Flecaínida 27 (77,14%), Amiodarona 12 (57,4%), Vernakalant 3 (100%) y propafenona 0.

CONCLUSIONES:

La cardioversión a ritmo sinusal en el SU se realiza en mayor proporción a pacientes con FA previa. La CVF se realiza proporcionalmente similar en ambos grupos, siendo mayor en pacientes sin FA previa y discretamente más eficaz en pacientes con FA previa. La elección de los fármacos es similar con mayor uso en ambos grupos de Flecaínida seguido de Amiodarona y en tercer lugar Vernakalant. La Flecaínida seguido de la Amiodarona parecer tener mayor tasa de respuesta en pacientes con FA previa. La respuesta a Amiodarona es mucho peor en pacientes sin FA previa. El Vernakalant se utilizó en tercer lugar, con una tasa de respuesta al 100%, aunque se utilizó en pocos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1196

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO Y SU ABORDAJE INTEGRAL PREHOSPITALARIO E INTRAHOSPITALARIO. REPORTE DE UN CASO

M Boksan, M García Aroca, F Martínez Sandoval, P Carreño Tormo, MJ Conesa Espejo

Hospital Santa Lucía. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: disección-síndrome aórtico-isquemia arterial

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Nuestro caso clínico es una paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión de larga evolución, hipercolesterolemia, y seguimiento reciente en el aparato digestivo por dolor abdominal. Estando bien previamente, comienza con dolor abdominal severo difuso, vómitos y posterior debilidad del miembro inferior derecho. En este momento ya que la paciente se encuentra en un barco, se avisan los servicios de emergencias prehospitalarias que acuden y por la dificultad para extracción de la paciente se pide apoyo de los bomberos. En nuestro servicio la paciente llega con Glasgow 15, afectada por el dolor abdominal y con tensión arterial es 160/90. Exploración física dirigida destacaba abdomen distendido con irritación peritoneal difusa mas acentuada en la fosa iliaca derecha y con escasos ruidos abdominales. Llama la atención ausencia de pulsos pedios en ambos miembros inferiores y discreta palidez del miembro inferior derecho con la frialdad distal y debilidad. Se administra analgesia con fentanilo hasta el control del dolor, y ante la sospecha de disección aórtica se realiza estudio con tomografía computerizada de aorta que informa: disección aórtica Stanford B, iniciándose adyacente a la arteria subclavia izquierda sin afectarla hasta la bifurcación iliaca, sin visualizarse flujo en arterias iliacas, femorales y poplíteas derechas y además la arteria renal izquierda se origina de la luz falsa. Se inicia perfusión de labetalol para control de la tensión arterial y se procede a la intervención quirúrgica con implantación de endoprótesis Ao torácica con fijación proximal inmediatamente posterior a salida de arteria subclavia con repermeabilización completa de la luz Ao a nivel torácico y visceral.

CONCLUSIONES:

El pronóstico a medio plazo de la disección aórtica tipo B no complicadas tratadas de forma conservadora es malo, con un 27% de mortalidad, un 14-20% de aneurismas de la falsa luz, un 13% de necesidad de cirugía diferida y un 33% de incidencia de complicaciones graves a los 5 años. En nuestro caso se ha aplicado el tratamiento endovascular sin evidencia de rotura, pero en paciente con evolución tórpida y presencia de isquemia visceral y de los miembros inferiores. Consideramos que la atención pre e intrahospitalaria a la paciente fue rápida y efectiva, y con buen enfoque diagnóstico.

A-781

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS DEL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

A Rodríguez Trujillo (1), T Navarro Morales (2), N Rodríguez Tejada (1)

(1) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Área Sanitaria de Osuna. Servicio Andaluz de Salud. (2) Hospital de Alta Resolución Alcalá La Real. Empresa Pública Alto Guadalquivir

A-787

PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES PARA LA CONSECUCCIÓN DE LA ACREDITACIÓN ISO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

M Torres Figueiras (1), P Llorens Torres (2), S Sansano (2), MJ Soler Sempere (2), L Rodríguez Mazón (2), B Giménez Fernández (3)

(1) Hospital Universitario de Vinalopó. Alicante. (2) Enfermeros del Servicio de Urgencias. (3) Jefe del Servicio de Urgencias

A-827

FIBRILACIÓN AURICULAR CON PREEXCITACIÓN

CJ Quiñonero Hernández, CM Oliva Moreno, A Sánchez Utrera

SCCU Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

A-859

ECOCARDIOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: TOMA DE DECISIONES

MA Garrido López, E López Herrero, ME Maldonado Pérez, S Borne Jerez, M Albarrán Núñez, RM Rodríguez Álvarez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

A-965

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO TRAUMÁTICA QUE PRECISAN TRASLADO A OTRO CENTRO PARA TRATAMIENTO NEUROQUIRÚRGICO URGENTE

AM Muñoz Valero, R Domínguez Álvarez, R Zambrano Olivo, MJ Angulo Florencio, MR León Santos, C Navarro Bustos

Hospital Virgen Macarena. Sevilla



índice temático



índice autores



inicio





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

A-993

SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA DE ETIOLOGÍA NO ISQUÉMICA SIN DIAGNÓSTICO PREVIO

MT Resta Rabassa, T Blanco Barnecilla, IR García Virgos

Hospital Quirónsalud Valencia

A-1001

TENGO LA FRECUENCIA CARDIACA COMO INDURAIN

MJ Matías García, S Ferrero Lobo, EM Patiño, C Cuesta López,
M Arévalo De Pablos, A García García

SAMUR-Protección Civil. Madrid

A-1002

QUISTE HIDATÍDICO COMO CAUSA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

MO García Sánchez, F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano,
MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-1016

SE ME SALE EL CORAZÓN, SIENTO PALPITACIONES, SERÁ UN MAL MENOR

AA Romero Secin (1), FA Matos Fortunato (2), A Quijano Diego (2),
L Callero Duarte (2), L Renovales (2), P Hernández (2), J Olena (2)

(1) Centro de Salud de Tineo. Asturias. (2) Hospital Dr. Jose Molina Orosa. Las Palmas

A-1052

HACIA DELANTE ESTÁ MEJOR

PR Lucas Aroca, CF Piqueres Vidal, D Lucas Aroca

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

A-1060

LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO GUÍA FUNDAMENTAL DEL MANEJO DEL PACIENTE EN URGENCIAS

FJ Morán Gallego, M Borregón Rivilla, R Estévez González, MJ Palomo
De los Reyes, R Rubio Díaz, D Carro Herrero, I Paredes Borrachero

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-1061

DOCTOR, NO VEO

I Sanlés González, A Jiménez Alfonso, P Hernández Martínez,
H Molina Llorente, D Toresano López, H Alonso Valle, P Garmilla
Ezquerria

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-1063

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA PARECE PERO NO LO ES

R Vizcaíno Pinedo, T Bernabeu Torregrosa, R Martín Ivorra,
M Pinilla Bernechea, L Cifuentes García, I Nakonetchny Tolchin,
P Romero Crespo

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia



índice temático



índice autores



inicio



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

A-1065

¡NO PUEDO TRAGAR!

M López García, FJ Sánchez Galindo, R Santiago Gómez,
F Juanes Toranzo

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-1067

DOLOR TORÁCICO EN ADICTO A COCAÍNA

L Holgado Castell, J Guillén González, L Royuela García,
E Guirado Barjola, DC Palacios Martorell, P García Bermejo,
JM Currás Móstoles

Hospital Universitario de La Ribera. Alzira, Valencia

A-1146

SEGUNDOS PARA LA ETERNIDAD. EFICACIA Y SEGURIDAD
DEL VERNAKALANT EN PACIENTES CON PRÓTESIS VALVULAR
AÓRTICA

A Carratalá Ballesta, R Noriega Leyva, A Aguado Castaño,
P Querejeta Fernández, M Veguillas Benito, J Carbajosa Dalmau

Hospital General Universitario de Alicante

A-1190

NO TODOS SON VASOVAGALES

F Pérez Durán, G Molina Barriga, E Torres Rodríguez, M Sojo Elías,
N Sotelo Kesti, A López Llerena, E Gómez Gómez Mascaraque

Hospital El Escorial. Madrid

A-1191

SI LE DUELE... ES POR ALGO

M Sojo Elías, G Molina Barriga, E Torres Rodríguez, N Arroyo Pardo,
C Aubert, E Pérez Castro, J Gómez Pérez

Hospital El Escorial. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 9

URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio





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

O-1216

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR INGRESADOS DESDE URGENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO O EN HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

MS Gallardo Rebollal, JM Amigo Angulo, S García Gutiérrez, A Antón Ladislao, E Pulido Herrero, M Sánchez Fernández, JM Armentia Bardeci
Hospital Galdakao-Usansolo, Bizkaia

PALABRAS CLAVE: infecciones urinarias-servicios de urgencias-hospitalización a domicilio

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes con ITUS atendidos en SUH y su influencia en la decisión de ingreso en hospitalización a domicilio (HaD) o planta convencional.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional cohortes prospectivo multicéntrico en 3 hospitales (Galdakao, Txagorritxu y AltoDeba). 210 pacientes con ITUS atendidos SUH e ingresados en hospitalización a domicilio(HaD)o planta convencional (marzo 2012-junio 2013) Variables epidemiológicas, clínicas, destino desde SUH. Variable resultado definir características de pacientes con ITUS ingresados desde SUH Variables continuas descritas con media y desviación estándar, categóricas con valores absolutos y porcentajes. Asociación entre variables mediante T-test para continuas y chi-square o test de Fisher para categóricas. Significación $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Reclutados 266 pacientes,excluidos 56(21,05%) por intolerancia oral y necesidad de sueroterapia (41), sepsis(6)o pruebas de imagen en urgencias con complicaciones locales e intervención urológica (11). Incluidos 210 pacientes,40% ingresó en planta,60% en HaD. Edad media 52,54. Mujeres 65,24%,sin criterios de ITUS complicadas 68,57%,sin patología crónica asociada (Charlson <2) 95,71%.Con factores de riesgo de gérmenes multirresistentes 22,86% (hospitalización previa 5,24%,antibioterapia previa 11,96%,sondaje urinario permanente 1,43%). Respecto a ambas modalidades de hospitalización solo hubo diferencias significativas en sexo (más mujeres en HaD 42,86% vs. 29,34%) y sin criterios ITUS complicadas(más en HaD 83,33 vs. 58,73). El síntoma más frecuente fue la fiebre (78,95%), seguido del dolor lumbar-abdominal (77,51%)y disuria (62,98%), sin diferencias significativas entre ambos tipos de hospitalización.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes son mujeres, sin criterios de ITUS complicadas, sin patología crónica asociada y sin riesgo de gérmenes multirresistentes, sobre todo en HaD. Los síntomas no influyen en la modalidad de hospitalización. Interpretamos que HaD es una buena alternativa en aquellos casos más sintomáticos pero con buen estado general, con tolerancia oral y sin signos de sepsis ni complicaciones locales para asegurar un buen control clínico, y en pacientes que presentan riesgo de gérmenes multirresistentes y precisan antibioterapia intravenosa.

O-1235

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN LOS MUY ANCIANOS

J Álvarez Grégori (1), C Gómez González (1), MV Álvarez Azofeifa (1), D Tello Mendiola (2), MF Alcocer Lanza (1), S Tarabó (1), E Ortiz Muñoz (1)

(1) Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo. (2) Hospital de Alcázar de San Juan. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: anticoagulación-eventos cardiovasculares-acenocumarol

OBJETIVOS:

Analizar el perfil de prescripción de anticoagulantes y antiagregantes así como los posibles eventos cardiovasculares y secuelas de la patología o del tratamiento instaurado en pacientes mayores de 75 años que acudieron al SUH en el periodo de estudio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo cuyos criterios de inclusión fueron ser mayores de 75 años que acudieron al SUH con algún evento cardiovascular (Ictus, SCA, TEP/TVP) que firmaron consentimiento informado, con posterior seguimiento trimestral clínico y analítico durante los siguientes 12 meses a su visita. El estudio fue valorado positivamente por el CEIC de referencia.

RESULTADOS:

Se reclutaron 116 pacientes, media de edad de 83 años (50% hombres/mujeres), 88% hipertensos, 49% dislipémicos, 42% diabéticos y 80% con IMC > 30. El diagnóstico más habitual fue el de FA e Ictus (50%) seguidos de sangrado mayor y SCASEST. Un 94% recibían tratamiento con acenocumarol y sólo un 6% con ACOD (rivaroxaban o apixaban). Apenas hubo cambios en los tratamientos tras su visita a urgencias. El 37% de los pacientes fallecieron durante el estudio, la mayoría de ellos por causas relacionadas con el tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIONES:

No todos los pacientes con FA y con valores de CHAD2VASc > 2 estaban anticoagulados. A pesar de valores de HAS-BLED > 3, un gran número de los pacientes estaban anticoagulados y/o antiagregados. Posiblemente, debido al bajo número de pacientes, no hemos sido capaces de determinar si el *switching* de antivitamina K a ACOD debería aplicarse de manera generalizada en este grupo etario. La indicación de tratamiento anticoagulante es mucho menor en nuestra área que en otros países de nuestro entorno. Deberíamos replantearnos nuestras estrategias, valorar individualmente cada caso teniendo en cuenta criterios clínicos y riesgo de sangrado a la hora de escoger la terapia más adecuada, especialmente los ancianos.





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

O-1250

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN EL PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR AGUDA SINTOMÁTICA

D Barrios Barreto (1), R Morillo Guerrero (1), E Barbero Herranz (1), H Escobar Morreale (2), J Corres González (3), D Jiménez Castro (1)

(1) Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá (IRYCIS). Madrid. (2) Servicio de Endocrinología. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá (IRYCIS). Madrid. (3) Servicio de Urgencias. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá (IRYCIS). Madrid

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-género-mortalidad

OBJETIVOS:

Se evaluaron las diferencias relacionadas con el sexo en la presentación y el pronóstico de pacientes con tromboembolia pulmonar aguda sintomática (TEP).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ambulatorios diagnosticados de TEP aguda sintomática. El tratamiento de los pacientes se realizó según la práctica clínica habitual de cada médico. El objetivo primario del estudio fue la mortalidad por todas las causas y los objetivos secundarios fueron la mortalidad específica por TEP, la tromboembolia venosa recurrente (TEV) y los episodios de sangrado mayor durante el primer mes de seguimiento después del diagnóstico de la TEP.

RESULTADOS:

Del total de pacientes (2,096), las mujeres eran de mayor edad que los hombres y tenían tasas significativamente más altas de inmovilización. Tenían significativamente menor proporción de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer. Las mujeres presentaban mayor compromiso hemodinámico que los hombres, con mayor frecuencia de síncope y una mayor prevalencia de niveles de péptido natriurético cerebral (BNP) elevados. Después de la estratificación de las variables basales, observamos un aumento significativo del riesgo de mortalidad por todas las causas entre las mujeres en comparación con los hombres, sólo en el grupo con estabilidad hemodinámica (Odds ratio [OR] 1,49, intervalo de confianza del 95% [IC]: 1,01 a 2,21, P = 0,04). En comparación con los hombres, las mujeres tenían 2,05 veces más probabilidades de experimentar un evento de sangrado mayor.

CONCLUSIONES: Las mujeres y los hombres con TEP aguda tuvieron diferentes perfiles clínicos, presentación y resultados. Las mujeres que reciben anticoagulación tienen un riesgo significativamente mayor de sangrado, lo que sugiere la necesidad de una cuidadosa monitorización de los anticoagulantes en las mujeres.

O-1261

EMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

V Riesco Cuadrado (1), MA Riesco García (1), RP Macías Casanova (2)

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de Salamanca. (2) Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-trombosis venosa-factores de riesgo

OBJETIVOS:

Determinar los antecedentes protrombóticos en pacientes diagnosticados de EP con antecedentes de ETV.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo donde se incluyen 785 pacientes diagnosticados de EP en un periodo de tres años. Se incluyeron 84 pacientes que tenían antecedentes de ETV. Se analizaron los factores de riesgo protrombóticos en los pacientes con ETV recurrente, la puntuación en la escala de WELLS al momento de la sospecha diagnóstica, y los principales signos y síntomas presentados al inicio del nuevo episodio.

RESULTADOS:

De un total de 785 pacientes con EP, se incluyeron 84 casos (10.7%) que tenían antecedentes de ETV. Del total de la muestra de 84 pacientes, 28 (33.3%) tenían antecedentes protrombóticos de importancia. 21 pacientes (25%) presentaban antecedentes de cáncer y dentro de este grupo 9(10.7%) presentaban un proceso neoplásico maligno activo. Los estados de hipercoagulabilidad primaria correspondieron a 5 casos (5.9%), los 2 restantes (2.3%) padecían enfermedades autoinmunes sistémicas. El promedio de edad de los pacientes fue de 73.2 años y la distribución de la muestra según sexo fue de 44% mujeres y 56% hombres. En el momento del diagnóstico, 5 pacientes (5.9%) presentaron una probabilidad alta para EP según la puntuación en la escala de WELLS, 46 pacientes (54.7%) tenían una probabilidad intermedia y los 33 casos restantes (39.2) una puntuación para probabilidad baja. El síntoma referido con mayor frecuencia fue la disnea (60.2%), seguido por dolor torácico (35.7%) y tos (15,4%).

CONCLUSIONES:

Un alto porcentaje de pacientes con EP, tienen el antecedente de ETV. Los factores predisponentes más importantes son: la edad, las neoplasias malignas y los estados de hipercoagulabilidad. La escala de puntuación de WELLS representa una herramienta importante en el momento de la sospecha clínica.



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

O-1349

DATOS CLÍNICOS, RIESGO EMBÓLICO PREVIO Y DÍMERO D EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

J Ruiz Casquet, JC Ferrández Rodríguez, A Montenegro Moure, M Muñoz Ayuso, RA Pérez Costa, FJ Sierra Prefasi, I Martínez Nicolás

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-dímero d-escala wells

OBJETIVOS:

Conocer en los pacientes diagnosticados de TEP: 1. Síntomas clínicos mas frecuentes. 2. Alteraciones en el ECG y radiografía (RX) de tórax. 3. Riesgo embólico previo del paciente. 4. Valor del dímero D. 5. Mortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados por angioTAC de TEP durante un año en nuestro hospital. En ellos analizamos: datos clínicos, alteraciones del ECG (bloqueo de rama derecha y patrón S1Q3T3), datos patológicos de la RX tórax, riesgo embólico por la escala de Wells y valor del dímero D. Se realizó estadística descriptiva y tablas de contingencia con estadístico Chi cuadrado para comparar variables cualitativas.

RESULTADOS:

Se incluyeron 135 pacientes con diagnóstico de TEP. La edad fue $69,41 \pm 15,25$. El 45,2% eran hombres y 54,8% mujeres. El 65,4% tenían disnea, 30,4% dolor torácico, 9,6% síncope y 8% hemoptisis. La Tensión arterial sistólica (TAS) fue $130,49 \pm 23,98$, frecuencia cardiaca $91,75 \pm 21,14$ y saturación de oxígeno $94,14 \pm 15,6$. Tenían ECG patológico 15,6% de pacientes y 40,3% tenían una RX tórax anormal. El 17,1% tenían un riesgo embólico elevado por la escala de Wells, 61,8% moderado y 21,1% bajo. El 37,3% habían estado inmovilizados, 9,7% cirugía en el último mes, 40,5% tenían alguna neoplasia activa, 28% tenían trombosis venosa profunda y 9,6% antecedentes de TEP previos. El 96,4% tenían el dímero D positivo con un valor medio de $3777,20 \pm 3428,83$ (normal hasta 500). Un 13,6% ingresaron en UCI y la mortalidad del 7,1%. El 13,1% de los pacientes llevaban anticoagulación profiláctica previa. El 24,44% de los pacientes inmovilizados llevaban heparina profiláctica.

CONCLUSIONES:

1. La disnea(65,4%) y la taquipnea (50,4%) fueron los síntomas y signos más frecuentes. 2. Un 15% de pacientes tenían ECG con alteraciones compatibles con TEP y un 40% Rx. tórax patológica. 3. Tenían riesgo embólico moderado o elevado el 79%, todos con dímero D elevado. Dos pacientes tenían riesgo bajo y dímero D negativo 4. El 96,4% tenían elevado el dímero D con valores altos. 5. La mortalidad fue del 7%.

O-1356

PRONÓSTICO DE NEUMONÍAS EN ANCIANOS: ¿MEJOR EL BARTHEL QUE EL FINE, O AMBOS JUNTOS?

JA García Fernández (1), YM Cernuda Martínez (2), I Pérez Regueiro (3), L Antuña Montes (3), P Herrero Puente (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Universidad de Oviedo. (2) Hospital Universitario Central de Asturias. (3) SAMU-SESPA

PALABRAS CLAVE: neumonía-funcional ability-prognosis

OBJETIVOS:

Determinar la capacidad pronóstica de la escala FINE en NAC en nuestra población anciana aislada, frente al IB y cuando se usan conjuntamente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con edad mayor o igual a 70 años, con diagnóstico de NAC, ingresados a través del servicio de urgencias de un Hospital Universitario General de tercer nivel entre junio y diciembre (ambos incluidos) del 2015. Variables: sociodemográficas, antecedentes, constantes y analítica al ingreso, signos y síntomas presentes, lugar y duración de ingreso, tipo de alta, mortalidad en ingreso y a 30 días, puntuación de PSI-FINE y de IB. La capacidad predictiva de ambas escalas por separado y usadas conjuntamente se midió por el área bajo la curva ROC.

RESULTADOS:

Se incluyeron 282 casos con edad 86,3 años (5,7) y un 42,9% eran mujeres, de los que fallecieron 69 (mortalidad a los 30 días 24,5%). Su IB fue de 53,3 (35,2) preingreso. Se encontró asociación directa significativa entre mortalidad y el FINE 5 ($p = 0,01$) y también a mayor grado de dependencia ($IB < 60$) ($p < 0,001$). En nuestra muestra se demostró que el FINE y el Barthel por sí solos son predictores de potencia moderada (área bajo la curva de 0,62 y 0,68) y que su capacidad pronóstica mejora cuando se usan conjuntamente obteniendo un área bajo la curva de 0,72 ($p = 0,018$).

CONCLUSIONES:

Las escalas de Barthel y de FINE independientemente tienen una capacidad de predicción pronóstica en NAC limitada en población anciana, dependiente y con cuadros graves, pero esa capacidad mejora cuando se usan conjuntamente. Para confirmar estos hallazgos, se precisarían estudios adicionales multicéntricos y con mayor población.



índice temático



índice autores



inicio





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

O-1373

MORTALIDAD Y RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA EMBOLIA DE PULMÓN

S Losada Ruiz, G Garde Barea, L Hernández Muñoz, C Herráiz de Castro, F González Martínez, M Santana Romero

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

PALABRAS CLAVE: embolia-mortalidad-urgencias

OBJETIVOS:

Comparar la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes diagnosticados de embolia de pulmón en su primera visita a urgencias frente a los diagnosticados en segunda visita a urgencias y los diagnosticados en planta tras ingreso urgente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de embolia de pulmón al alta hospitalaria durante los años 2014 y 2015.

RESULTADOS:

Se analizan un total de 120 pacientes, 56 hombres (46,7%) y 64 mujeres (53,3%) con una edad media de 72,78 años. De ellos, se diagnosticaron en la primera visita a urgencias 81 (67,5%), en la segunda visita 4 (3,3%) y 35 (29,2%) en planta. Los factores de riesgo más frecuentes en los tres grupos fueron la edad avanzada, el reposo en cama superior a tres días y la obesidad mórbida. La disnea y el dolor torácico retroesternal, los síntomas más prevalentes. El tiempo medio de retraso diagnóstico fue de 6 días. La mortalidad en los pacientes diagnosticados en segunda visita o planta fue del 5% frente al 1,7% en los diagnosticados en su primera visita a urgencias ($p=0,008$).

CONCLUSIONES:

El retraso diagnóstico de la embolia de pulmón supone un aumento en la mortalidad hospitalaria en estos pacientes. La precocidad en el diagnóstico y por tanto, en el inicio del tratamiento, reduce la mortalidad intrahospitalaria. La alta sospecha clínica, la correcta interpretación de las pruebas solicitadas y la evaluación de la probabilidad con reglas de predicción validadas (Wells y Ginebra) son pilares fundamentales del diagnóstico en urgencias.

O-1417

VALORAR LA INDICACIÓN DE LA PROFILAXIS ETEV DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS

A Beltrán Sánchez (1), N Atienzar Herráez (2), J Peruga Benedito (2), I López Fernández (2), M López Blasco (2), C Pérez Ductor (1), G Hernández Comes (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. (2) Hospital Lluís Alcanyis Xativa. Valencia

PALABRAS CLAVE: enfermedad tromboembólica venosa-tromboprofilaxis-pacientes médicos hospitalizados

OBJETIVOS:

Valorar la adecuada indicación de tromboprofilaxis en pacientes médicos ingresados desde urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal retrospectivo de los pacientes con patologías no quirúrgicas ingresados desde el servicio de urgencias de un hospital de nivel II con una población asignada de 180.995 habitantes, durante los meses de marzo a junio del año 2015. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad de los 1522 pacientes obtenidos. Se analizaron las variables: edad, sexo, servicio responsable del ingreso, diagnóstico al ingreso, factores de riesgo incluidos en la escala de PADUA, tromboprofilaxis, toma de anticoagulantes, modelo de riesgo utilizado. Realizando su análisis con estadísticos descriptivos y tablas de contingencia.

RESULTADOS:

De un total de 198 pacientes, el 54,5% varones y 45,5% mujeres de entre 23 y 96 años, mediana 75,50. Según la puntuación obtenida con el score de PADUA el 74,5% de los pacientes fueron clasificados de alto riesgo y el 25 % de bajo riesgo de sufrir un ETEV durante la hospitalización. El 58 % de los pacientes de bajo riesgo recibieron profilaxis, mientras que un 39% del grupo de alto riesgo no fueron tratados.

CONCLUSIONES:

Del resultado del análisis de la muestra obtenida se concluye que la indicación de profilaxis de ETEV al ingreso del paciente médico realizado empíricamente conlleva una sobreutilización en pacientes de bajo riesgo y un porcentaje significativo de pacientes de alto riesgo no tratados. Consideramos necesario incluir escalas de valoración de riesgo en las historias clínicas que permitan unificar criterios entre profesionales adecuando las decisiones a las recomendaciones vigentes.



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

O-1423

VALORACIÓN EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A Rebollo Curbelo, E Fuentes González, A Albert Casado, C Martínez Muñoz, A Haro Bosch, I Bardes Robles

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

PALABRAS CLAVE: sexually transmitted disease-genital diseases-sexually transmitted agent**OBJETIVOS:**

El objetivo del siguiente estudio es determinar las características de los pacientes diagnosticados de una enfermedad de transmisión sexual, así como determinar las pruebas microbiológicas realizadas, el tratamiento y el seguimiento de dichos pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo transversal, recogiendo todo el paciente que acude a urgencias de una hospital de tercer nivel desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 31 de octubre de 2016 (13 meses) que han sido diagnosticados de alguna enfermedad de transmisión sexual. Por medio de revisión de la historia clínica, se recogen los siguientes datos: Edad y sexo del paciente, referencia a uso de método barrera, referencia a pareja estable, consulta previo o posterior al episodio por la misma causa, realización de frotis genital y serologías, así como resultado de las mismas, destinación al alta, y control clínico posterior. Se realiza estudio estadístico mediante SPSS v19.

RESULTADOS:

Se estudiaron 256 pacientes, de los cuales 38,3% fueron varones y 61,7% mujeres. La media de edad es de 38.4 años (SD 17). Los motivos de consulta más prevalentes fueron: vaginosis, vaginitis y uretritis. Se registró uso de método barrera en un 30% de los casos, tan solo un 6.3% afirmaron usarlo. Se realizan frotis en 61 % de los casos (52.56% mujeres y 74.73% varones) y serologías en 8% de los casos (6% mujeres y 36.8% varones). Los diagnósticos microbiológicos más frecuentes fueron en este orden: Cándida (19), Gonococo (18), Gardnerella (8) Chlamydia (5). Las serologías diagnosticaron 4 LUES, 3 VIH, 1 VHS, 1 VHB. El tratamiento de la uretritis se realizó con ceftriaxona y azitromicina, vaginosis con clotrimazol y fluconazol. El control posterior se realizó en ABS en un 73.3%, Ginecología ABS 38%, Consultas Externas de ETS 4.4%, en consultas de ginecología o de urgencias 2.8% en ambos casos, 1.2% en dermatología y 0.4% en *checkpoint*.

CONCLUSIONES:

Los pacientes diagnosticados de enfermedad de transmisión sexual reciben un tratamiento médicos protocolizado con escasa realización de serologías.

O-1426

CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON SEPSIS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

V Fernández Rodríguez, A Alonso Morilla, EM Cano Cabo, M Cordero Cervantes, EM Prieto Piquero, L López Menéndez, B Calleja Arribas

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: sepsis-emergency medicine-shock, septic**OBJETIVOS:**

Conocer las características sociodemográficas y las actuaciones que se llevan a cabo en el Servicio de Urgencias en los pacientes con sepsis.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo de pacientes diagnosticados de sepsis en un Servicio de Urgencias entre 1 de febrero de 2016 y 31 de enero de 2017. Se excluyeron pacientes pediátricos y trasladados desde otros centros. Variables: edad, sexo, antecedentes de EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, diabetes, ingreso en el mes previo, embarazo, tabaquismo, motivo de consulta, datos del episodio agudo (temperatura, frecuencias cardiaca y respiratoria, saturación y hallazgos exploratorios), glucosa, urea, creatinina, bilirrubina, lactato, PCR, procalcitonina, pH, bicarbonato, exceso de base, leucocitos, neutrófilos, plaquetas, actuaciones en el servicio de urgencias (recogida de hemocultivos, urinocultivos y radiografía de tórax), medicación administrada en el Servicio de urgencias (antibiótico, líquidos, aminos) y activación del Código Sepsis. Como variable resultado de midió la mortalidad intrahospitalaria.

RESULTADOS:

Se incluyeron 210 pacientes, activándose el código sepsis en 128. La edad media fue de 66 (IC95% 46-86) años y el 52,4% eran varones. Ingresaron en UVI el 11,4%. El 7,6% eran EPOC, el 11% tenían cardiopatía isquémica, 22,9% diabéticos, y el 21.9% habían ingresado en el mes previo. Se recogieron hemocultivos en un 46,7%, el urinocultivo en el 36,7% y lactato en 11%. El 65,2% de las radiografías eran normales. El foco más frecuente es el urinario (41,4%), seguido del respiratorio (29%) y abdominal (15,2%). El tratamiento antibiótico en urgencias lo recibió el 55,7%, el 50% recibieron sueroterapia. Las aminos no fueron empleadas en el 96,2%, siendo noradrenalina la más utilizada (4,3%). Preciso ventilación invasiva un 1%, la VMNI fue empleada en el 3,3%. Fallecieron 32 pacientes (15,2%).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con sepsis son varones de edad media y con un foco fundamentalmente urinario. En poco más de la mitad de los pacientes se activa el código sepsis. La determinación de lactato, elemento fundamental para determinar disfunción orgánica, se solicita en 1 de cada 10 pacientes. La utilización de aminos es escasa y casi la mitad no recibe tratamiento antibiótico en urgencias. A pesar de ello la mortalidad es escasa. Existe un gran margen de mejora en la solicitud de pruebas complementarias en los Servicios de Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio



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

O-1429

QSOFA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES SÉPTICOS INGRESADOS EN UCI

A Estella García, L Fernández Ruiz, R Viciano Garrido, L Pérez Fontañá

Hospital SAS de Jerez. Cádiz

PALABRAS CLAVE: qsofa-sepsis-urgencias

OBJETIVOS:

Los objetivos del presente estudio son analizar el pronóstico de pacientes sépticos ingresados en UCI según procedan de Urgencias o de planta de hospitalización y describir y analizar la puntuación obtenida en la escala qSOFA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante un periodo de 12 meses. Los criterios de inclusión fueron pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de sepsis o shock séptico, fueron excluidos pacientes inmunodeprimidos. Las variables analizadas fueron, edad, sexo, motivo de ingreso, estancia en UCI, días en ventilación mecánica, Apache II y terapias requeridas durante el ingreso. Se calculó la escala qSOFA en urgencias/planta y la escala SOFA al ingreso en UCI. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v19.

RESULTADOS:

65 pacientes fueron analizados. Las características clínicas comparando la procedencia de Urgencias o planta de hospitalización se describen en la tabla 1, observándose una mayor mortalidad en los pacientes sépticos procedentes de planta. La escala qSOFA fue útil para detectar pacientes sépticos en Urgencias en un 27,7% y en un 53,5% en planta de hospitalización. Procedencia Urgencias n:36 Planta hospitalización n:29 Edad (mediana,rango) 66 [23-80] 68 [36-89] APACHE II al ingreso UCI 17,5[7-41] 20 [11-39] Estancia UCI 5 [1-65] 5 [1-52] Láctico mg/dl 20,4 [7,4-112,5] 21,95 [5,4-175,5] Sexo H/M 44,4%/55,6% 58,6% /41,4% Mortalidad 27,8% 48,3% Ventilación mecánica 72,2% 89,7% Aminas 82,9% 89,7%.

CONCLUSIONES:

La mortalidad de pacientes sépticos procedentes de Urgencias es significativamente inferior a la de pacientes procedentes de planta de hospitalización. En nuestro análisis la escala qSOFA no detectó a más de la mitad de los pacientes sépticos.

O-1465

CÓDIGO SEPSIS. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD A LOS 28 DÍAS E INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

D García Pérez, MM Ávila Naranjo, C Romo Acedo, HG Baquerizo Vargas, JA Mora Yelamos, JG Zorrilla Riveiro

Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona

PALABRAS CLAVE: código sepsis-lactato-mortalidad

OBJETIVOS:

Conocer las características y evolución de la tasa de mortalidad de los pacientes incluidos en el CS en nuestro Servicio de Urgencias (SU). Valorar las variables clínicas de activación del CS, el MEDS score y lactato como posibles factores pronósticos de mortalidad e ingreso en UCI.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con CS del SU de nuestro Hospital desde su implantación en el año 2008 hasta el 2016, se excluyeron aquellos con limitación del esfuerzo terapéutico. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, Índice de Charlson, MEDS score, ingreso UCI, éxitos a los 28 días, criterios de SIRS a la activación, criterios de hipoperfusión (hipotensión, lactato ≥ 3 mmol/L, Glasgow Coma Score –GCS–), saturación oxígeno y SOFA.

RESULTADOS:

Se incluyeron 549 pacientes, la media de edad fue de 72 años (DE 15,6), 60% varones. El 48% tenían una alta comorbilidad (puntuación índice de Charlson > 3) y un 26% una alta probabilidad de mortalidad hospitalaria por sepsis (puntuación MEDS > 8). 44% de los pacientes tenía un lactato ≥ 3 mmol/L y el 80% un SOFA ≥ 2 . La mortalidad por periodos, 2008-2010, 2011-2013, 2014-2016 fue 20%,19%, 12% respectivamente ($p = 0,063$) Los factores que se asociaron de forma significativa fueron: MEDS > 8 ($p < 0,001$), lactato ≥ 3 mmol/L ($p < 0,001$), $\text{SatO}_2 < 90\%$ ($p < 0,001$), $\text{FR} > 22$ p.m ($p < 0,021$, $\text{GCS} < 13$ ($p < 0,001$) y $\text{TAM} < 65$ mmHg ($p < 0,038$). La mortalidad de los pacientes con un lactato a las seis horas ≥ 3 mmol/L fue del 51% frente a un 5% con lactato < 3 mmol/L ($p < 0,001$). El 28% de los pacientes ingresó en UCI. Los factores que se asociaron de forma significativa fueron: el MEDS > 8 ($p < 0,001$), lactato ≥ 3 mmol/L ($p < 0,001$), lactato a las 6 horas ≥ 3 mmol/L ($p < 0,003$), $\text{TAM} < 65$ mmHg ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Los pacientes incluidos en el CS son personas mayores, con alta comorbilidad y alta gravedad. Las modificaciones introducidas en el diagnóstico y tratamiento del CS redujo la mortalidad. El MEDS, el lactato y la TAM se asociaron de forma significativa con ingreso a UCI y mortalidad y La Sat O_2 , FR y GCS sólo con mortalidad.





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

O-1469

MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEPSIS EN RELACIÓN CON DIFERENTES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A Alonso Morilla, V Fernández Rodríguez, B Calleja Arribas, L López Menéndez, EM Prieto Piquero, M Cordero Cervantes, EM Cano Cabo

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: sepsis-mortalidad-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Determinar la mortalidad de pacientes con sepsis diagnosticada en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), y su asociación con variables sociodemográficas, ingresos hospitalarios, pruebas complementarias y tratamientos en urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de pacientes con sepsis atendidos en SUH entre febrero 2016-2017. Se recogieron: edad, sexo, antecedentes de EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal, diabetes e ingreso previo. Temperatura, frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación y auscultación pulmonar. Glucosa, urea, creatinina, bilirrubina, lactato, PCR, procalcitonina, pH, bicarbonato, exceso de base, leucocitos, neutrófilos, plaquetas, hemocultivos, urinocultivos y radiografía de tórax. Medicación en urgencias: antibióticos, líquidos y aminos. Como variable resultado: mortalidad intrahospitalaria. La comparación de proporciones se realizó mediante ji-cuadrado, la de medias por T- student.

RESULTADOS:

Se incluyeron 210 pacientes. Fueron éxitos 32 (15,2%), de los cuales el 46,9% eran hombres. Los que fallecieron tenían mayor prevalencia de asma (12,5% vs. 5,7% en supervivientes, $p = 0,157$), cardiopatía isquémica (15,6% vs. 9,7%, $p = 0,313$), insuficiencia cardiaca (28,1% vs. 6,3%, $p < 0,001$), diabetes (31,3% vs. 21%, $p = 0,203$), e IRC (31,3% vs. 12,5%, $p = 0,007$). Hubo menor mortalidad en pacientes con hemocultivo y urinocultivo (38,7% y 35,5% vs. 61,3% y 64,5% en los que no tenían, $p = 0,271$ y $p = 0,885$). El 48,4% de las muertes tenían foco respiratorio, 35,5% urinario y 16,1% abdominal ($p = 0,065$). El 51,5% del total recibieron líquidos, presentando mayor mortalidad que los que no los recibieron (53,1% vs. 43,8%, $p = 0,061$), el 56,1% antibioterapia, con igual mortalidad (50%, $p = 0,665$). Hay mayor prevalencia de ingresos el mes previo en los fallecidos que en los supervivientes (43,8% vs. 18,2%, $p = 0,001$). La media de urea y PCR fue más alta en pacientes fallecidos (106 y 22,7 vs. 58,51 y 11,30 en supervivientes, $p < 0,001$ ambos).

CONCLUSIONES:

La existencia de ingresos en el mes previo se asocia a mayor mortalidad. Existe relación significativa entre mortalidad y cardiopatía isquémica, así como de mortalidad y aumento de urea y PCR. Podemos mejorar el manejo de pacientes con sepsis mediante tratamiento precoz.

O-1474

URGENCIÓLOGOS, PACIENTES PALIATIVOS Y PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA: ¿DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS?

M Merlo Loranca (1), I Blasco Esquivias (2), P Ruiz Artacho (3), A Antolín Santalíestra (4), M Durán Taberna (5), S Jiménez Hernández (5)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. (2) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (3) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (4) Hospital Clínic. Barcelona. (5) Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

PALABRAS CLAVE: venous thrombosis-palliative care-emergency service

OBJETIVOS:

Analizar la opinión de los médicos de urgencias sobre la frecuencia de ETV en pacientes paliativos, la repercusión sobre la calidad de vida/supervivencia y la necesidad de profilaxis. Evaluar el conocimiento sobre las indicaciones de las guías de práctica clínica (GPC) o la presencia de escalas de valoración de riesgo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio longitudinal, prospectivo y multicéntrico. Se envió una encuesta anónima on-line a los médicos que trabajan en los servicios de Urgencias, tanto hospitalario como extrahospitalario. Incluía 20 preguntas sobre la frecuencia de ETV, la necesidad de profilaxis, las dosis y los factores relacionados con el inicio o la retirada de la misma.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 518 cuestionarios. El 53,7% fueron mujeres. Edad: 64% menores de 45 años. Trabajaban en extrahospitalaria sólo el 16%. Consideraron que la ETV es muy frecuente en los pacientes paliativos el 84%, predominando las mujeres (0,045) y los menores de 35 años. En general, pensaban que la ETV produce síntomas relevantes (96,5%) y que influye sobre la calidad de vida (96,3%), así como la supervivencia (79,5%), y por tanto, estaría justificada la profilaxis de ETV en los pacientes paliativos. Sin embargo, menos del 5% considera que la ETV sea una forma de "morir bien" en estos pacientes. En cuanto a las escalas predictivas, el 28% respondió que si hay específicas en pacientes paliativos, sobre todo las mujeres (0,004) y los mayores de 45 años (0,015). También contestaron que existen recomendaciones en GPC el 58,5%, especialmente los profesionales que trabajan en hospital (0,038).

CONCLUSIONES:

Los Urgenciólogos consideramos la ETV una patología importante que incide sobre curso evolutivo del paciente, pero tenemos dudas sobre el abordaje integral de los Cuidados Paliativos y sobre las recomendaciones de las GPC, siendo ambas áreas de mejora.





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

O-1475

URGENCIÓLOGOS, PACIENTES PALIATIVOS Y PROFILAXIS
TROMBOEMBÓLICA: ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

**M Merlo Loranca (1), I Blasco Esquivias (2), P Ruiz Artacho (3),
D Sánchez Díaz-Canel (4), S Jiménez Hernández (5)**

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. (2) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (3) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (4) Hospital Universitario de la Ribera. Valencia. (5) Hospital Clínic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: venous thrombosis-palliative care-emergency service

OBJETIVOS:

Evaluar la opinión sobre el inicio de tromboprofilaxis y los factores más frecuentes de retirada en pacientes paliativos. Analizar cuáles son las dosis más indicadas de heparina, el posible empleo de anti-coagulantes de acción directa (ACOD) o de medias de compresión en estos pacientes, así como, la duración más adecuada del tratamiento.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio longitudinal, prospectivo y multicéntrico. Se envió una encuesta anónima on-line a los médicos que trabajan en los SU, tanto hospitalario como extrahospitalario. Incluía 20 preguntas sobre la frecuencia de ETV, la necesidad de profilaxis, las dosis y factores relacionados con el inicio o retirada de la misma.

RESULTADOS:

Los sanitarios consideran la profilaxis una medida útil en paliativos (78,2%). Menos del 5% no tiene en cuenta la opinión de los pacientes para el inicio o no del tratamiento, especialmente las mujeres (0,016), y menos del 10% no tienen en cuenta la situación funcional (mayores 55 años-0,006%) y en más del 87% no tiene en cuenta el coste del tratamiento, especialmente mayores de 55 años (0,034) y los que trabajan en SUH (0,006). El 70% de los profesionales consideran que no es una medida que se tenga en cuenta al alta de SU, pero cuando lo hacen pautan dosis completas de heparina (60,6%), sobre todo las mujeres (0,047) y los de hospitales (0,006). Los ACOD son una opción para mayores de 55 años (0,038) y las medias de compresión para menores de 35 años (0,035). Piensan que el tratamiento debe seguir mientras se mantenga factor de riesgo (73,5%) y si hubiera que retirarlo, lo determinante es la situación funcional (58,9%).

CONCLUSIONES:

La profilaxis de ETV no es una medida que se pauté al alta de SU, a pesar de considerar que podrían beneficiarse de la misma, no siendo un limitante para su inicio el coste del tratamiento. En cuanto al factor de retirada que más se tiene en cuenta es la funcionalidad del paciente.

O-1492

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA.
TASA DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS, NUESTRA EXPERIENCIA EN 15 AÑOS

**MP Díaz Fernández, N Orozco Gil, A Bañuls Matoses,
S Frasquet Signes, JA Lull Sala, R García Dolz, J Seguí Grégori**

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: apendicitis aguda-ecografía abdominal-servicio de urgencias

OBJETIVOS:

Estudio de las variables analizadas edad, sexo, tiempo de evolución, leucocitosis, ecografía abdominal, tomografía computerizada (TC), diagnóstico intraoperatorio y anatomopatológico, siendo el anatomopatológico la referencia para confirmar o descartar el diagnóstico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Desde 2000 a 2015 se realizaron en nuestro Hospital 1732 apendicectomías.

RESULTADOS:

De las 1732 apendicectomías realizadas, 987 de las cuales se llevaron a cabo mediante abordaje laparoscópico. No hubo diferencias en la distribución por sexos. El tiempo de evolución hasta la intervención en la mayoría de los pacientes fue de 48h desde el inicio de la sintomatología. El 85% de los pacientes presentaba leucocitosis al diagnóstico. La ecografía fue realizada en el 95% de los pacientes y en un 3% hubo que completar el estudio de imagen con TAC para obtener un diagnóstico definitivo. El análisis anatomopatológico reveló un 6% de apendicectomías en blanco, el 40% apendicitis aguda simple, 8% apendicitis flegmonosa, 14% ulceroflegmonosa, 13% purulenta, 19% gangrenosa, 0,3% tumores apendiculares (tumores neuroendocrinos y mucinosos).

CONCLUSIONES:

Comunicamos nuestra experiencia con la intención de contribuir a mejorar el diagnóstico de la AA en un Servicio de Urgencias. El diagnóstico se basa en una serie de parámetros clínicos, analíticos y radiológicos, siendo la ecografía abdominal, con una sensibilidad de 83,7% y una especificidad del 97,4%, hoy en día, la prueba de imagen más empleada en el diagnóstico de la AA y dejando la tomografía computerizada (TC) para descartar patología apendicular restringida a aquellos casos de alta de sospecha de patología apendicular con ecografía dudosa o no concluyente, y en aquellos casos de abdomen agudo de etiología incierta.





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

O-1497

UTILIDAD CLÍNICA DE LAS ESCALAS DE PREDICCIÓN Y DÍMEROS D ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J Toral Marín, D Cuenca Apolo, M Adriascenses Pérez,
J Jurado Serrano, J Lameirao Gaspar, J Pérez Guerrero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo pulmonar-escalas de probabilidad-rentabilidad diagnóstica

OBJETIVOS:

Valorar la utilidad de las escalas de estratificación de riesgo para TEP y dímeros D en los pacientes con su sospecha en urgencias, determinando la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de cada una de ellas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 284 pacientes con sospecha de TEP en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel a quienes se les realizó AngioTC pulmonar como confirmación diagnóstica. En cada paciente se realizó el cálculo de las escalas Wells, PESI-modificado y Ginebra, además de los D-Dímeros. La S, E, VPP y VPN, se calcularon mediante las fórmulas habituales en tablas de contingencia 2x2, realizándose la prueba de chi2 como test de normalidad.

RESULTADOS:

La edad media fue de 63,8 años. 53% fueron mujeres. La prevalencia global de TEP fue 18,7%. La escala de Wells (positiva si riesgo intermedio-alto) obtuvo una S de 81,1%, (70,6-91,6), E de 43,3% (36,8- 49,8), VPP de 24,7% (18,2-31,2) y VPN 90,9% (85,9-95,9). PESI modificado una S de 75,5% (64-87), E de 27,3% (21,8-32,3), VPP de 19,2% (13,7-24,7) y VPN 82,9% (74,4-91,4). La escala Ginebra (positiva si riesgo intermedio-alto) obtuvo una S de 64,2% (51,2-77,2), E de 44,6% (38,1-51,1), VPP de 21% (15-27) y VPN 84,4% (77,9-90,9). En el caso de los Dímeros D la S fue de 100%, E 4,7% (2,7-7,7), VPP de 22% (16-28) y VPN 100%.

CONCLUSIONES:

Las tres escalas estudiadas pueden ser útiles en urgencias para establecer la sospecha de TEP y dirigir el protocolo diagnóstico. La que ofrece mayor rendimiento es la de Wells, dada su mejor sensibilidad. Sin embargo ninguna ofrece seguridad diagnóstica por su baja especificidad, condicionando la realización de un elevado número de angioTC con resultado negativo. Los dímeros D nos permiten excluir el TEP, cuando el resultado es negativo, aunque su utilidad mejoraría al aplicarlos conjuntamente con las escalas. Por lo tanto es necesario plantear nuevas estrategias para optimizar resultados.

O-1507

IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL Y MEJORÍA DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA

A Moliné Pareja, I Díaz Rodríguez, M Turbau Valls, M López Matas,
R Lazzari, M Puig Campany

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: sepsis-shock séptico-triaje

OBJETIVOS:

Valorar si la implantación del Código Sepsis ha sido exitosa y si ha conllevado mejoría en los tiempos de respuesta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizaron todas las activaciones de código sepsis del último trimestre del 2015 y se compararon con el último trimestre del 2016.

RESULTADOS:

La activación del código sepsis en triaje supuso la administración de la primera dosis de ATB antes de la primera hora en el 98% de los casos. Al contrario, solamente se administró ATB de manera precoz en el 46% de los pacientes en los que la sepsis se detectó de manera posterior. En la comparativa por años, en el último trimestre de 2015 se activaron un total de 55 códigos sepsis en el SU, siendo un 43% de los mismos activados desde el triaje. La mortalidad total durante el ingreso ascendió hasta el 24%. En el último trimestre de 2016, se realizaron un total de 98 activaciones de código sepsis, siendo el 81% de ellos activados en triaje. La mortalidad global fue del 18%.

CONCLUSIONES:

La protocolización del Código Sepsis es útil para la detección precoz de la sepsis en el SU y su inicio de tratamiento precoz. Los tiempos de respuesta en los pacientes activados en triaje son claramente inferiores a los tiempos de respuesta en los pacientes no activados en triaje. La mortalidad global registrada fue un 6% menor tras la implantación del código sepsis en el SU.



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

O-1527

BACTERIEMIAS EN URGENCIAS: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO

A Úbeda Iglesias (1), I Fernández Burgos (1), R Torcuato Barrera (1), A Fregosi (1), J García Cobo (1), L Alonso Romero (2)

(1) Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. (2) C. S. La Lobilla. Estepona, Málaga

PALABRAS CLAVE: bacteriemia-antibacterianos-sepsis

OBJETIVOS:

Analizar los factores asociados al tratamiento ATB inadecuado en pacientes con infecciones bacteriémicas en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo retrospectivo realizado en los pacientes que acuden a Urgencias, durante 2015 y 2016, con clínica infecciosa y resultado positivo en el primer hemocultivo extraído en Urgencias. Se definió ATB adecuado como aquél con actividad in vitro contra el microorganismo causal de la infección. Se registraron variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, *scores* de gravedad, días de estancia hospitalaria, ATB, aislamientos microbiológicos y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y numéricas (medias y desviación típica o medianas y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la X² (porcentajes), test de Student (medias). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 230 pacientes. ATB inadecuado 21.7%. 59.6% hombres, paciente médico 83.9%, edad 68.7±15.4 años, APACHE II 10.9±6.0, SOFA 3.5±2.2, DM 42.2%, tumor sólido 30.9%, EPOC 23.5%, insuficiencia renal crónica 19.6%, hospitalización previa 15.2%, situación clínica (sepsis 28.7%, sepsis severa/shock séptico 24.7%), foco infeccioso (urinario 37.8%, abdominal 23.1%, respiratorio 17.8%), sin ATB previa 57.4%, leucocitos 15.9 ? 19.2, PCR 13.8±8.9, ATB tras HC (40.4% betalactámicos, 14.3% quinolonas, 13% carbapenem), resultados HC (E.coli 32.2%, SAMS 14.3%, S. epidermidis 9.6%, Klebsiella spp 10%), estancia hospitalaria 17.5±23.4, mortalidad 25.7%. ATB inadecuado (n = 50), ATB adecuado (n = 180). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas (inadecuado vs. adecuado) en: ATB tras HC (nada 28% vs. 3.3%, betalactámicos 26% vs. 44.4%, $p < .001$), resultado de HC (gram negativos 44.9% vs. 63.3%, $p = .02$). Regresión logística multivariante: betalactámicos tras HC OR 0.145 (IC 95%, 0.043-0.491, $p = .002$).

CONCLUSIONES:

En Urgencias, el porcentaje de ATB inadecuado en pacientes con bacteriemia es bajo. El uso de betalactámicos de manera empírica se asoció con mayor riesgo de ATB empírico inadecuado. El ATB empírico inadecuado no asoció una mayor mortalidad.

O-1528

MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA DETECTADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

A Úbeda Iglesias (1), I Fernández Burgos (1), R Torcuato Barrera (1), A Fregosi (1), J García Cobo (1), L Alonso Romero (2)

(1) Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. (2) C. S. La Lobilla. Estepona, Málaga

PALABRAS CLAVE: bacteriemia-mortalidad-sepsis

OBJETIVOS:

Analizar los factores relacionados con la mortalidad de los pacientes con bacteriemia detectada en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal durante 2015-2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo retrospectivo realizado en un Servicio de Urgencias entre 2015 y 2016. Se han registrado variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, *scores* de gravedad (APACHE II y SOFA), antibioterapia (ATB), aislamientos microbiológicos, días de hospitalización y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y numéricas (medias y desviación típica o medianas y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la X² (porcentajes), test de Student (medias). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 230 pacientes. 59.6% hombres, paciente médico 83.9%, edad 68.7±15.4 años, APACHE II 10.9±6.0, SOFA 3.5±2.2, DM 42.2%, tumor sólido 30.9%, EPOC 23.5%, insuficiencia renal crónica 19.6%, hospitalización previa 15.2%, situación clínica (sepsis 28.7%, sepsis severa/shock séptico 24.7%), foco infeccioso (urinario 37.8%, abdominal 23.1%, respiratorio 17.8%), sin ATB previa 57.4%, leucocitos 15.9 ? 19.2, PCR 13.8±8.9, ATB tras HC (40.4% betalactámicos, 14.3% quinolonas, 13% carbapenem), resultados HC (E.coli 32.2%, SAMS 14.3%, S. epidermidis 9.6%, Klebsiella spp 10%), estancia hospitalaria 17.5±23.4, mortalidad 25.7%. ATB inadecuado (n = 50), ATB adecuado (n = 180). Los pacientes que fallecieron presentaron significativamente mayor edad (73.9±13.2 vs. 66.9±15.7, $p = .002$), APACHE II (14.9±6.3 vs. 9.6±5.2, $p < .001$), SOFA (4.7±2.2 vs. 3.1±2.1, $p < .001$), diabetes mellitus (59.3% vs. 36.3%, $p = .002$), EPOC (37.3% vs. 18.7%, $p = .004$), enfermedad renal crónica (28.8% vs. 16.4%, $p = .038$), ingreso hospitalario previo (23.7% vs. 12.3%, $p = .035$), necesidad de VM (30.5% vs. 10.5%, $p < .001$), uso de aminos (44.1% vs. 22.8%, $p = .002$), peor situación clínica (sepsis severa/shock séptico 45.7% vs. 17.5%, $p < .001$), uso de ATB previa al HC (55.9% vs. 38%, $p = .007$). La elección del ATB empírico no se asoció con mayor mortalidad. Regresión logística multivariante: EPOC OR 2.54 (IC 95% 1.035-6.245, $p = .042$).

CONCLUSIONES:

La mortalidad de las bacteriemias diagnosticadas en nuestro Servicio de Urgencias fue del 25.7%. El antecedente de EPOC se asoció de manera significativa con mayor mortalidad hospitalaria.



índice temático



índice autores



inicio





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

O-1562

FACTORES ASOCIADOS A PRESENTACIÓN GRAVE EN LA GRIPE

G Guix Camps, G Lladós Bertrán, C Prat Aymerich, I Casas García, N Robert Boter, JM Mòdol Deltell

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

PALABRAS CLAVE: gripe-epidemia-gravedad

OBJETIVOS:

Analizar los factores asociados a las formas de presentación grave de la gripe.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo donde se incluyen los casos diagnosticados de gripe entre el 1-10-2016 y el 24-3-2017 en un centro hospitalario. Se comparan los casos graves, definidos por la existencia de neumonía, insuficiencia respiratoria aguda (IRA), síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), fallo multiorgánico (FMO) o ingreso en UCI, con los no graves mediante regresión logística uni y multivariante. SPSS v22, $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Se han diagnosticado 274 pacientes, edad media 56,3 años (DE 28), 52,6% de hombres. El 7,7% procedían de residencia, 33,9% vacunados frente a la gripe y 0,4% personal sanitario. El 98,5% correspondieron al tipo A, todos ellos H3, y el 1,5% al tipo B. Se trataron con Oseltamivir el 74,5%. El 32,8% cumplían criterios de gravedad: 22,6% neumonía (19,4% neumocócicas y 4,8% por *S. aureus*), 9,5% IRA, 4% SDRA y 2,2% FMO. El 3,3% requirió ingreso en la UCI y el 1,8% falleció. Al comparar los casos graves con los no graves, los primeros presentaban una edad más elevada (69,7 años (DE 19) vs. 49,8 años (DE 29,4), $p < 0,001$), con más frecuencia procedían de residencia (OR 7,6), estaban vacunados (OR 1,9), presentaban hepatopatía (OR 3,4), diabetes (OR 2,6), insuficiencia renal (OR 2,5), EPOC (OR 2,3) y cardiopatía (OR 2). Las embarazadas presentaron un riesgo inferior de presentación grave (OR 0,16). En el estudio multivariado la edad >66 años es el único factor independiente asociado a presentación grave (OR 4,4).

CONCLUSIONES:

Se observa una hegemonía de los tipos A H3, sin ningún caso detectado del virus pandémico H1N1. Una tercera parte de los casos tienen una presentación grave y corresponden a pacientes de edad más avanzada, con más comorbilidades, y en casi la mitad de los casos vacunados. La edad se asocia a formas de presentación graves.

O-1570

EVOLUCIÓN DE PIELONEFRITIS CON TRATAMIENTO EMPÍRICO

A Oliva Ródenas, I Sánchez Martínez, G Garberí Juan, MT Sempere Selva

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

PALABRAS CLAVE: pielonefritis-urgencias médicas-atención ambulatoria

OBJETIVOS:

Determinar si la evolución de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias (SU) con diagnóstico al alta de PNA y antibiótico empírico ha sido favorable. Se definió como favorable la ausencia de nuevos contactos en urgencias o atención primaria (AP) por el mismo motivo en un mes posterior al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, revisión de historias clínicas electrónicas. Se han incluido a los pacientes dados de alta desde el SU de Elche con diagnóstico codificado de PNA desde Noviembre de 2015 hasta Octubre de 2016.

RESULTADOS:

De los 84 pacientes incluidos, el 95,2 % eran mujeres. El 67,1 % había consultado en los últimos 6 meses en urgencias o AP por molestias urinarias. El 54,8 % presentó fiebre, el 64,7 % molestias urinarias, el 62,4 % dolor abdominal, el 52,4 % dolor lumbar, el 34,5 % náuseas y el 18,8 % vómitos. Respecto datos de laboratorio, el 53,6 % presentó leucocitosis y el 61,2% % más de 10 leucocitos en sedimento de orina. En el 34,5% de los pacientes se solicitó cultivo de orina desde urgencias que posteriormente fue valorado en AP (61,9%), Unidad de Enfermedades Infecciosas (29,8%) y Urología (8,3%). El 65% del total presentó bacteriuria significativa en el cultivo (>100.000 UFC/ml). Al 49,4% se les solicitó ecografía abdominal, bien en urgencias o ambulatoriamente, de las cuales solamente se evidenció litiasis en el 7,1% de los casos. Los antibióticos prescritos principalmente fueron cefuroxima, amoxicilina clavulánico y ciprofloxacino. Un 51,2 % recibió en el hospital una primera dosis de ceftriaxona. Tan sólo un 12% de todos los pacientes consultó de nuevo en las siguientes 48 horas en AP o urgencias por el mismo cuadro, siendo ingresadas por PNA complicada tan solo 2 pacientes.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las PNA no complicadas con tratamiento ambulatorio evolucionan favorablemente con tratamiento empírico.



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

O-1579

FACTORES ASOCIADOS DE MANERA INDEPENDIENTE
CON MORTALIDAD A 30 DÍAS EN PACIENTES
TRATADOS CON LINEZOLIDD Redondo Domínguez, S Hernández López, MC Trujillo Fox, F Beddar
Chaib, MI Perea Casado, V Rodríguez Neira, M Gonzalvo Navarro

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: linezolid-mortalidad-toxicidad

OBJETIVOS:

Evaluar los factores asociados de manera independiente a mortalidad a 30 días en pacientes tratados con LZD.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohorte retrospectiva en el que se incluyeron pacientes tratados con LZD al menos durante 5 días durante 2015 en el Hospital Clínico San Carlos. Se excluyen pacientes ingresados en cuidados intensivos y fallecidos en los primeros 7 días de tratamiento. Se recogieron datos demográficos, analíticos, clínicos, comorbilidades, duración de tratamiento, causa de fin de pauta y mortalidad a los 30 días. La TH se definió como un descenso del 25% de recuento plaquetario basal a los 7 días del comienzo del tratamiento con LZD. La variable principal de resultado fue mortalidad a 30 días. Con el fin de identificar los factores independientes asociados con mortalidad a 30 días se realizó un análisis multivariable de regresión logística para controlar los efectos de los factores de confusión. Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas cuando el valor de *p* era inferior a 0,05 o cuando el IC al 95% de la OR excluía el valor 1. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS:

549 pacientes fueron incluidos, con una edad media de 73,3 (DE 15,4) años. 303 (55,2%) eran varones, 175 (30,1%) desarrollaron TH y 41 (7,5%) habían fallecido dentro de los primeros 30 días tras el comienzo del tratamiento con LZD. Los modelos de infección que condujeron a la prescripción de LZD fueron: neumonía en 203 (37,0%) pacientes, infección de piel y partes blandas 152 (27,7%), infección urinaria 64 (11,7%), infección intraabdominal 38 (6,9%), infección osteoarticular 35 (6,4%), infección del sistema nervioso central 4 (0,7%) y otros 53 (9,6%). Las variables independientes asociadas con mortalidad a los 30 días fueron tumores sólidos metastásicos [OR 4,2 (IC95% (2,21-8,04), *p* < 0,001)], linfoma [OR 4,1 (IC95% (1,46-11,88), *p* < 0,007)], edad > 75 años [OR 2,6 (IC95% (1,49-4,69), *p* < 0,001)] y TH OR 1,9 [(IC95% (0,13- 3,17), *p* < 0,014)].

CONCLUSIONES:

De las cuatro variables independientes asociadas a la mortalidad, la TH es la única modificable con la toma de decisiones. Sería importante conocer que pacientes en tratamiento con LZD son más susceptibles de desarrollar dicha TH para valorar la instauración de un tratamiento antibiótico distinto al LZD para la cobertura de patógenos Gram positivos resistentes.

O-1582

IMPACTO DE LA FERROPENIA EN LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)A Gil Rodrigo, B Espinosa Fernández, B Brouzet, A Noguera Zumbühl,
JM Carratalá Perales

Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: iron deficiency-anemia-chronic obstructive pulmonary disease

OBJETIVOS:

Evaluar la influencia del tratamiento con hierro intravenoso sobre el impacto funcional y la presencia de complicaciones (reingresos por agudización de EPOC y muerte) en enfermos ingresados por reagudización de EPOC que presentan niveles de deficiencia férrica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de tipo casos y controles, que incluye a pacientes ingresados en la Unidad Corta Estancia por reagudización de EPOC durante los meses de Noviembre de 2015 y Octubre de 2016. Un total de 35 pacientes, divididos en grupo caso (tratados con hierro intravenoso) y grupo control (no tratados). Se evaluó el impacto funcional mediante el cuestionario COPD Assessment Test (CAT), la muerte y los reingresos por EPOC en los primeros 6 meses después del alta hospitalaria, en busca de asociación con el tratamiento férrico durante el ingreso.

RESULTADOS:

Se encontró en los pacientes con anemia y/o ferropenia, asociación no estadísticamente significativa entre el tratamiento con hierro intravenoso y la mejoría del impacto funcional (OR ajustada de 3.69 (IC 95% 0.64-21.14)), así como con la incidencia de éxitos en los seis primeros meses tras el alta hospitalaria, con OR 0.41 (IC de 95% 0.08- 2.09). En el caso de la terapia por vía oral, se evidenció asociación, con la mejoría del impacto funcional (OR 1.65 y OR ajustada de 2.07) y el número de reingresos por EPOC (OR 0.19 con IC 95% (0.02-1.7)).

CONCLUSIONES:

La dificultad de establecer en qué medida contribuyen la anemia y/o la ferropenia en la clínica y el empeoramiento de los pacientes afectados de EPOC, condiciona las decisiones terapéuticas. El presente estudio sugiere que la suplementación con hierro intravenoso ajustado al déficit, en pacientes que ingresan por reagudización, podría disminuir el número de reingresos por EPOC y mejorar el impacto funcional que ello supone.



índice temático



índice autores



inicio





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

O-1587

ASISTENCIA EN URGENCIAS DE LAS EXACERBACIONES
ASMÁTICAS EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO HABITUAL
EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍAA Real Martín, E Tieso María, I Uldemolins Gómez, I Uría Paumard,
N Galán Iguacel, S Rincón Castro, P Morales Monsalve

Complejo Hospitalario de Soria

PALABRAS CLAVE: asma-disnea-tratamientos

OBJETIVOS:

Estudiar el perfil de asistencia en Urgencias a los pacientes con exacerbación asmática que llevan seguimiento en consulta de Neumología.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo observacional mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta de Respiratorio del Complejo Hospitalario de Soria durante Noviembre y Diciembre de 2016, recopilando diferentes variables clínicas y analizando el tratamiento administrado en la unidad de Urgencias. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS 20.

RESULTADOS:

Identificamos 44 exacerbaciones entre 167 pacientes asmáticos valorados en Neumología (26.3%). La edad media fue de 69,39 (límites, 17-91) años. El 65,9% eran mujeres y el 34,1%, varones. El 19% eran fumadores activos. El 90,9% presentaban síntomas habituales en situación basal, predominando la disnea (35 pacientes) seguido de tos (32 pacientes). Se observó un predominio significativo de disnea intensa (grados 2-4 MRC) respecto a los pacientes que no generaron visitas en Urgencias ($p = 0.000$), considerándose factor de riesgo. El tratamiento administrado en Urgencias se basó en: Nebulizaciones 93% (Salbutamol y Bromuro de Ipratropio), en 16 casos también con Budesonida. Se administró corticoide sistémico a 40 pacientes (93%). Se indicó tratamiento antibiótico en un 67,4% de pacientes, siendo el grupo de Quinolonas el más frecuente (53,6% de antibióticos prescritos) seguido de las penicilinas (17,9%). La tasa de ingresos por exacerbación de asma fue del 48,8%. De los pacientes que recibieron el alta, se modificó el tratamiento inhalado en un 46,1% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que presentan exacerbaciones suelen presentar síntomas persistentes en situación basal. La disnea es el síntoma que condiciona un mayor riesgo de precisar exacerbaciones con necesidad de asistencia en Urgencias. Existe una tendencia excesiva a administrar corticoide sistémico y nebulizado simultáneamente.

O-1605

PAPEL DEL CONTROL GLUCÉMICO COMO DETERMINANTE
DE ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA
UCE POR UN PROCESO INFECCIOSOC Clemente Callejo, R Cuervo Pinto, MI Casado, M Pérez Molina,
MJ Cardeñosa Cortés, V Rodríguez Neira, D Chaparro Pardo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: infección-glucemia-unidad de corta estancia

OBJETIVOS:

Determinar si el adecuado control glucémico puede reducir la estancia media de pacientes ingresados en una UCE por procesos infecciosos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta desde la UCE de un hospital universitario con diagnóstico de infección durante el año 2014. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, y tiempo de estancia. Se consideró buen control glucémico cifras menores de 180 mg/dl durante el ingreso.

RESULTADOS:

Se incluyeron 1309 pacientes de edad media 67.69 años (DE 19.19), 560 varones (42.8%). El porcentaje de diabéticos fue 25.3% ($n = 331$), casi en su totalidad diabéticos tipo 2. Se agrupó a los pacientes en Grupo 1 (No diabéticos con nueva hiperglucemia), Grupo 2 (no diabéticos) y Grupo 3 (Diabéticos). La estancia media en días en los tres grupos fue de 2.15 (DE 1.22), 1.8 (DE 1.08) y 1.9 (DE 1.13) respectivamente ($p < 0.001$). Tras clasificar a los pacientes con diabetes en aquellos en los que se consiguió objetivos de glucemia en el ingreso ($n = 154$) y los que no ($n = 177$) la estancia media en ambos grupos fue de 1,68 días (DE 0,94) y 2,11 días (DE 1,24) ($p = 0,001$)

CONCLUSIONES:

Un insuficiente control glucémico durante el ingreso en una UCE de los pacientes con infección puede contribuir a un mayor periodo de estancia hospitalaria constituyendo por tanto un factor de mal pronóstico intrahospitalario en este perfil de pacientes. La estancia hospitalaria más prolongada se objetivó en pacientes que, independientemente de ser diabéticos o no, presentaron mal control glucémico (glucemias basales o aleatorias > 180 mg/dl) durante su ingreso, lo que denota la importancia de dicho control desde el mismo momento de la atención en urgencias, incluso en pacientes sin antecedente previo de Diabetes Mellitus.





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

O-1631

MARCADORES ANALÍTICOS EN URGENCIAS ÚTILES COMO PREDICTORES DE MALA EVOLUCIÓN POSTERIOR EN SEPSIS

D Fernández de Velasco Pérez, C Fuentes Santos, S Bellón Villanot, A Blanco Portillo, M Fernández Bermejo, N Mayoral Calleja

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: sepsis-marcador-mala evolución

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad de diferentes marcadores analíticos como predictores en Urgencias de mala evolución clínica posterior en pacientes sépticos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogen todos aquellos pacientes ingresados en un servicio médico en nuestro centro del 7 de febrero al 7 de marzo de 2015 con el diagnóstico de sepsis ($n = 48$). Se procede a analizar la frecuencia con la que eran recogidos a su llegada los parámetros de la escala SOFA y el valor de sus parámetros analíticos. Se decidió catalogar como *endpoint* de mala evolución clínica el hecho de sufrir un ingreso prolongado (> 10 días) o requerir traslado a la unidad de cuidados intensivos o el fallecimiento.

RESULTADOS:

Fallecieron 8 pacientes (16,7), 22 pacientes presentaron un ingreso prolongado (>10 días) y 9 requirieron ingreso en UCI (18,8%). El lactato no llegó a alcanzar relación estadísticamente significativa con el endpoint combinado de mala evolución clínica. Fue solicitado en 22 de 48 pacientes, y en sólo 4 no se encontraba por encima de 2 mg/dL. Por el contrario un 23% de nuestra muestra presentaba una elevación de las cifras de bilirrubina a su llegada (11 casos). El 90% de ellos presentaron posteriormente una mala evolución clínica. Esta correlación se demuestra como estadísticamente significativa ($p = 0,028$). El resto de parámetros analizados (tensión arterial, frecuencia cardíaca, leucocitosis, cayademia, plaquetopenia, troponina, hipertransaminasemia, PCR, deterioro de función renal) no se correlacionaron de forma directa con mala evolución clínica posterior.

CONCLUSIONES:

1. A pesar de la importancia del lactato a la hora de la detección y manejo del paciente séptico en Urgencias, en nuestra muestra sólo fue solicitado en un 45,8% de los casos de sepsis. 2. La elevación de bilirrubina se comportó como un excelente marcador de mal pronóstico clínico en aquellos pacientes sépticos. Creemos que al igual que el lactato, debería generalizarse su medición en el paciente con sospecha de sepsis

O-1636

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS EN LAS URGENCIAS MÉDICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON DE BARCELONA

P Suanzes Díez, J Llaneras, E Molas, I Sanz, S Aranda, J Sarrapio, A Ricart

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: sepsis-systemic inflammatory response syndrome-infection

OBJETIVOS:

Analizar el perfil de paciente activado como CS en las urgencias médicas de un hospital de tercer nivel y las características epidemiológicas, así como la evolución de los pacientes con sepsis grave/shock séptico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo de un año de seguimiento (2015-2016) de 259 enfermos activados como CS en el área de urgencias médicas del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Se recogieron los datos clínicos, analíticos y microbiológicos. Los pacientes autorizaron su inclusión previa firma de consentimiento informado. Los estudios estadísticos se realizaron con el software STATA, versión 14.2 (Stata Corp).

RESULTADOS:

Se incluyeron 259 pacientes (59% varones) activados como CS, con una mediana de edad de 70 [17-93] años. El 32,8% de los códigos activados no cumplían criterios de CS. Los focos principales de la sepsis fueron urinario (31,2%), respiratorio (29,2%) y abdominal (24,4%). En el 94,6% se extrajeron hemocultivos (37,2% positivos). Los aislamientos más frecuentes en los hemocultivos fueron *Escherichia coli* (51,7%) y *Klebsiella pneumoniae* (8,8%). El tratamiento antibiótico empírico más utilizado fueron los carbapenems (41,1%) y piperacilina/tazobactam (21,6%). El 34% de los pacientes recibieron biterapia. El 30% de los pacientes requirieron ingreso en unidad de intensivos y un 17,5% de los pacientes fueron exitus.

CONCLUSIONES:

La instauración del CS en urgencias ha permitido identificar, estandarizar y concienciar sobre el manejo de la sepsis grave/shock séptico al personal sanitario. Asimismo, proporciona información sobre la epidemiología de las sepsis graves en la unidad de urgencias permitiendo en un futuro establecer estrategias ajustadas a dichos conocimientos.





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

O-1642

USO DEL D-DÍMERO PARA EL DIAGNÓSTICO
DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Más Puig, S Olivares Pardo, M Durán Taberna, C Torres Quilis,
E Palanca Gracia

Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

PALABRAS CLAVE: d dímero-diagnóstico-tromboembolismo pulmonar

OBJETIVOS:

Estudiar la sistemática de diagnóstico ante la sospecha clínica de TEP y su correlación con guías de práctica clínica. Además, estudiamos el diagnóstico final en los pacientes con D-Dímero positivo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes atendidos en Urgencias el año 2016 con D-Dímero positivo, estudiando la sospecha inicial de TEP (anamnesis, exploración física y radiografía tórax), la realización previamente de escalas de probabilidad, y posteriormente angioTC torácico para confirmar diagnóstico. Programa SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS:

Solicitud D-dímero en urgencias en 474 pacientes, siendo resultado positivo en 320 (67,5%): sospecha TEP/TVP 218/102. Los pacientes con sospecha de TEP tienen edad media de 71 años (DE±17) con relación hombre/mujer 1/1. El diagnóstico final es TEP en 22 pacientes (10,1%), cardiopatía isquémica (8,7%), insuficiencia cardiaca (33,5%), neumonía (14,2%), EPOC agudizado (8,7%), síncope vasovagal (3,2%) y otros (37,6%). Ajustando D-Dímero por edad se excluye un paciente (4,5%) con diagnóstico final de TEP. Se realizó valoración previa de probabilidad clínica con escalas Wells y/o Ginebra en 32 pacientes. En este casos se diagnostica TEP en un 21,9%, frente un 8,1% ($p = 0.017$). Del total de pacientes se detecta inestabilidad hemodinámica inicial en 26 pacientes, y a todos se realiza D-dímero realizando angioTC en 7 (26,9%) diagnosticando TEP en uno (3,8%). Excluyendo los diagnósticos de TEP, el 90,3% tienen diagnóstico alternativo con exploración física y radiografía de tórax patológica en el 65,3% y 57,6% respectivamente. Se acaba realizando angioTC en 64 pacientes (32,7%). El diagnóstico de sospecha de cardiopatía isquémica es 23,5% y diagnóstico final 9,7%, insuficiencia cardiaca en 46,9% y 35,7%, neumonía en 29,1% y 15,8%, EPOC agudizado en 9,2% y 9,7% y síncope vasovagal en 6,1% y 3,6%.

CONCLUSIONES:

Existe falta de adherencia al algoritmo diagnóstico de las guías de práctica clínica. Se solicita D-dímero sin realizar previamente escalas de probabilidad, y en pacientes con diagnóstico alternativo. El D-dímero positivo conlleva un exceso de peticiones de angioTC innecesarias.

O-1645

VALIDEZ Y SEGURIDAD DEL DÍMERO D Y LA ESCALA DE WELLS
PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

P Llor Zaragoza, C García Jiménez, M Latorre Palazón,
A Alfayate Torres, S Ramos López, RA Pérez Costa, A Pérez Martínez

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: dímero D-embolia pulmonar-validez

OBJETIVOS:

Conocer la sensibilidad, especificidad y valores predictivos del dímero D y escala de Wells en el diagnóstico de ETEV en nuestro medio. Identificar las causas más frecuentes de falsos positivos en el valor del dímero D.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes a los que se les solicitó dímero D en urgencias durante dos meses. Se analizaron la edad y sexo, dímero D, riesgo embólico para ETEV por la escala de Wells y diagnóstico del paciente. El diagnóstico de confirmación se hizo por angioTAC pulmonar o eco-doppler de miembros inferiores. Al resto de pacientes se les efectuó seguimiento clínico. Se realizó estadística descriptiva y tablas de contingencia con estadístico chi cuadrado para la obtención de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 302 pacientes, 48% hombres y 52% mujeres con una edad de $65,70 \pm 17,78$. El dímero D fue positivo (>500) en 64,2% de pacientes con un valor de $1943,19 \pm 5600,85$. Un 68,9% tenían riesgo embólico bajo por la escala de Wells, 27,4% moderado y 3,7% elevado. Un 9,6% tenían ETEV (5% TVP y 4,6% TEP). El diagnóstico más frecuente en los pacientes con dímero D positivo fue Insuficiencia cardiaca (13,9%) seguido de EPOC e infecciones respiratorias (10,8%). La sensibilidad del dímero D para detectar ETEV fue del 82,7%, especificidad 37,7%, valor predictivo positivo (VP+) 12,4% y valor predictivo negativo (VP-) 95,4%. La sensibilidad de la escala de Wells para detectar TEP o TVP fue 22,5%, especificidad 96,11%, VP+ 72,41% y VP- 73,33%.

CONCLUSIONES:

1. El dímero D tiene un elevado VP- y sensibilidad para la detección de ETEV pero baja especificidad y VP+. 2. La escala de Wells tiene especificidad alta y baja sensibilidad para el diagnóstico de ETEV. 3. La insuficiencia cardiaca e infecciones respiratorias fueron las causas mas frecuentes de falsos positivos del dímero D para ETEV.



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

O-1687

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

DX Cuenca Apolo, M Adriascenses Pérez, J Toral Marín, J Jurado Serrano, J Lameirao Gaspar

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo pulmonar-escalas de probabilidad-dímeros D

OBJETIVOS:

Analizar la epidemiología y la correlación entre las escalas de probabilidad diagnóstica (Wells, PESI modificado y Ginebra) y los resultados de AngioTC pulmonar en pacientes de urgencias de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 284 pacientes con sospecha de TEP a quienes se les realizó AngioTC pulmonar. Se incluyeron variables demográficas, comorbilidad, se calculó el riesgo de TEP mediante las escalas Wells, PESI modificado y de Ginebra, valores analíticos (D-Dímeros), EKG y AngioTC pulmonar. Se recogió el tratamiento así como la mortalidad hospitalaria. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y las categóricas como frecuencia.

RESULTADOS:

Se incluyeron 284 casos. La mediana de edad fue de 68,8 años [50-77]. 160 mujeres (53%). El principal factor para sospecha de TEP fueron las neoplasias con un 29,5% seguido del tabaquismo con 26,8% e inmovilización en 9,6%. La mediana de dímeros-D fue de 2393 [1053-5933]. EL ECG fue normal en 58,7%, taquicardia sinusal en 21% y S1Q3T3 3,6%. De los 284 casos tuvieron TEP 53 (18,7%). En estos la mediana entre escalas fueron Wells 3,5 [2,79-4,21]-(riesgo intermedio), PESI modificado 1,22 [0,92-1,52]-(riesgo alto), y Ginebra 5,67 [4,86- 6,49]-(riesgo intermedio). En estos pacientes los dímeros D obtuvieron una mediana de 16270,67 [9190,95-23350,40]. Su tratamiento fue mayoritariamente la HBPM en un 95% y fibrinolíticos en 5%. La mortalidad intrahospitalaria fue de 9% (5 casos).

CONCLUSIONES:

La sospecha de TEP en el área de urgencias es muy frecuente, realizándose a menudo, pruebas de imagen de forma innecesaria. Las escalas de probabilidad y los dímeros-D son muy variables y no ofrecen seguridad diagnóstica, pero pueden ser útiles como orientación para realizar pruebas de imagen específicas. Se diagnóstica de TEP mediante la combinación de escalas de probabilidad, dímeros-D y Angio- TC. En la mayoría de los casos el tratamiento empleado es HBPM. El TEP se asocia a una mortalidad intrahospitalaria no despreciable.

O-1719

FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON EPOC AGUDIZADO QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIA

G Díaz Polanco, JS da Mata Núñez, PL Ramírez Cabello, G Quispe Figueroa, F Fernández Salgado

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: EPOC-atención de urgencias-fenotipos

OBJETIVOS:

Describir los fenotipos clínicos de los pacientes con agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que acudieron al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y transversal, que analiza los ingresos consecutivos de pacientes con EPOC confirmado previamente con espirometría que acuden por episodio de agudización al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel, periodo de estudio comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2016. Se definieron variables demográficas y referentes al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

RESULTADOS:

De los 164 pacientes que acudieron a urgencias por episodio compatible con agudización de EPOC, cumplieron con los criterios de inclusión del estudio 121 pacientes, descartándose 43 por criterios de exclusión. En el análisis de las variables demográficas encontramos que por sexo, la mayoría eran varones 73,55% (89 pacientes), mientras que las mujeres representaron un 26.45% (32 pacientes). En relación a la edad, la mayoría fueron mayores de 60 años (106 pacientes (87%)), por grupos etarios encontramos que los pacientes con edades comprendidas entre 70-79 representaron el 37%, seguidos de los mayores de 80 con el 31% y finalmente entre 60-69 con el 19%. Las prevalencias de los fenotipos registrados en la recogidos en las historias clínicas de los pacientes se distribuyeron como fenotipos no agudizado 20 pacientes (16.52%), fenotipo mixtos 4 pacientes (3.30%), fenotipo con enfisema 34 pacientes (28%), fenotipo con bronquitis crónica 25(20.6%), no descrito 38 (31.40%).

CONCLUSIONES:

En el presente estudio de un total de 121 pacientes, se determinaron cuatro tipos de fenotipos, se presentó como fenotipo dominante el de Fenotipo con enfisema (28%), seguidos de bronquitis crónica (20.6%), no agudizador (16.52%) y mixto (3.30%).



índice temático



índice autores



inicio



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

O-1724

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE DURANTE LAS TEMPORADAS 2014/2015 Y 2015/2016

G Quispe Figueroa (1), M López-Lomba (2), PL Ramírez Cabello (2), V Moreno Cuerda (2), J Gómez-Garcés (2), J Aparicio Velasco (3), F Fernández Salgado (3)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. Madrid. (2) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (3) Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. Madrid

PALABRAS CLAVE: human influenza-signs and symptoms-influenza a virus

OBJETIVOS:

Comparar las características clínicas y microbiológicas de pacientes hospitalizados por gripe durante las temporadas 2014/15 y 2015/16.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se revisa las historias clínicas de pacientes mayores de 14 años hospitalizados por gripe en un hospital secundario de Madrid, tras confirmación de antígeno de gripe (cromatografía o PCR), entre la semana 40/2014- 20/2015 y semana 40/2015-20/2016. Variables: Tipo viral, síntomas, comorbilidades, complicaciones. Análisis estadístico: programa SPSS versión 22.

RESULTADOS:

De un total de 1080 solicitudes de antígeno de gripe, fueron positivas 314 muestras y 164 pacientes cumplían los criterios de inclusión (105 temporada 2014/15 y 59 temporada 2015/16). Comparación de características clínicas y microbiológicas entre la temporada 2014/15 y 2015/16: Edad media (69 vs. 63 años), antecedente de vacunación (41.9 vs. 27.1%). Síntomas y/o signos: tos (90 vs. 92%), fiebre (82 vs. 90%), disnea (58 vs. 49%), malestar general (50 vs. 51%), cefalea (3.8 vs. 10%), dolor de garganta (15.2 vs. 17%) y mialgia (30 vs. 51%). Comorbilidad: Se identificó al menos una comorbilidad (93 vs. 92%), enfermedad cardiovascular crónica (ECVC) (59 vs. 47%), enfermedades metabólicas (EM) (55 vs. 39%), enfermedad respiratoria crónica (35 vs. 29%), inmunodeficiencias (30 vs. 20%), tabaquismo activo (14 vs. 27%) y asma (15 vs. 12%). Complicaciones: Se identificó al menos una complicación (52 vs. 56%), síndrome distress respiratorio agudo (SDRA) (44 vs. 47%), neumonía (22 vs. 24%) y fallo multiorgánico (1 vs. 7%), fallecimiento (7.6 vs. 3%). Tratamiento antiviral recibido (92 vs. 81% de las hospitalizaciones) y en todos los casos Oseltamivir. Tipo viral: Virus A no H1N1 (49 vs. 29%), virus AH1N1 (1 vs. 51%) virus B (46 vs. 20%), ambos virus (1 vs. 0%), desconocido (3 vs. 0%).

CONCLUSIONES:

Se evidencia una reducción de hospitalizaciones por gripe en la última temporada. En ambas temporadas los síntomas más frecuentes fueron tos y fiebre, sin embargo el SDRA fue la complicación más frecuente. La comorbilidad más frecuente fue ECVC y EM, siendo mayor en la temporada 2014/2015. Más del 80% recibió tratamiento antiviral en ambas temporadas. La gripe tipo A predominó en ambas temporadas (siendo mayor en la temporada 2015/2016 y con mayor registro de virus AH1N1).

P-1199

MANEJO DEL ICTUS PREHOSPITALARIO EN UME RURAL

MJ Sánchez Sánchez, A Cabello Molina

Unidad Medicalizada de Emergencias. Herrera del Duque, Badajoz

PALABRAS CLAVE: ictus-emergencia-tratamiento

OBJETIVOS:

Describir la epidemiología en nuestra área sanitaria en aras de realizar propuestas de mejora en el protocolo de actuación del Código Ictus, destacando el papel de los equipos de extrahospitalaria en atención inicial del paciente para mejorar su calidad de vida futura.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo durante todo el año 2015. Se incluyeron todos los pacientes atendidos por nuestra UME (unidad médica emergencias), codificados como ictus en el registro clínico, en el periodo de un año. Nuestra UME es rural, cubre una población de 21.497 habitantes, repartidos en 18 pueblos, con una gran dispersión geográfica. La isocrona es de hasta 40 minutos, con grandes distancias en un área de 2.553,9 km², con una densidad demográfica de 7,5 hab/km², por lo que el tiempo es crucial. Se estudiaron las variables edad, sexo, tipo de ictus, y factores de riesgo cardiovascular.

RESULTADOS:

El total de pacientes atendidos durante ese año fue de 275, de los cuales el 7,5% fueron ictus (isquémicos 80% y hemorrágicos el 20%). La edad media de los pacientes fue de 74,6 años, (moda 88 años, mediana 83 años), de ellos el 55% eran mujeres, y hombres 45%. El factor de riesgo más prevalente es la HTA, seguido de fibrilación auricular, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus y el tabaquismo. En la mayoría de los pacientes estos factores de riesgo se presentan asociados y se potencian entre sí. El tiempo llamada-atención paciente fue de 22 minutos de promedio.

CONCLUSIONES:

El ictus es la 3.ª causa de activación de nuestra unidad, con una prevalencia de periodo de 0,093% en una población muy envejecida. Si bien ningún paciente falleció *in itinere*, el ictus supone una emergencia que requiere de nuestra rapidez y habilidad para minimizar la discapacidad que pueda producir. Sería deseable minimizar los tiempos de atención en aras de una mejor atención.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1202

HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS ENTRE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS DE UN DEPARTAMENTO SANITARIO

M Cuenca Torres (1), L Vidal Soler (2), L Manclús Montoya (1), MJ Esquer Peris (1), P García Bermejo (1)

(1) Hospital Universitario de La Ribera. Valencia. (2) Universidad Católica de Valencia

PALABRAS CLAVE: anti-bacterial agents-emergency medical services-drug prescriptions

OBJETIVOS:

Conocer los hábitos de prescripción de antibióticos en los facultativos de urgencias y analizar si existen diferencias entre los que ejercen su actividad asistencial en el hospital y los que la realizan en los Puntos de Atención Continuada (PAC).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado a los facultativos que ejercen su actividad laboral en el SUH del Hospital Universitario de La Ribera (Valencia) y en los PAC del Departamento de referencia. La fuente de información para la recogida de los datos fue una encuesta que recogía, de forma anónima, datos personales de los entrevistados y variables asociadas a los hábitos de prescripción de antibióticos.

RESULTADOS:

Se entrevistaron 30 facultativos, en su mayoría varones con edades comprendidas entre los 26- 59 años con una experiencia media de $17,63 \pm 8,747$ años. 17 facultativos refirieron prescribir antibióticos 3 veces/día, sólo 2 mostraron patrones de prescripción de 10/día. La solicitud de prescripción por parte de los pacientes fue catalogada como frecuente para el 34,09% de los entrevistados. A pesar de la demanda de prescripción, 23 de los 30 facultativos afirmaron que raramente prescribían antibióticos cuando los solicitaban. No se observaron diferencias entre los facultativos del SUH y los de PAC en relación a la prescripción diaria de antibióticos ($p = 0,631$), aunque la solicitud de prescripción por parte de los pacientes fue superior en los médicos de los PAC. El 6,66% de los facultativos manifestaron no estar preocupados por el uso racional de antibióticos.

CONCLUSIONES:

La prescripción de antibióticos entre los profesionales de urgencias es habitual, observándose una solicitud mayor de prescripción por parte de los pacientes en el ámbito extrahospitalario aunque raramente son prescritos.

P-1203

ETIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN URINARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M Cuenca Torres, L Manclús Montoya, MJ Esquer Peris, V Pérez Doñate, J Jover García, P García Bermejo, O Martínez Macías

Hospital Universitario de La Ribera. Valencia

PALABRAS CLAVE: infection-bacteria-emergency medical services

OBJETIVOS:

Conocer la variabilidad etiológica de los urocultivos positivos remitidos desde un servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 4 años de duración (2013-2016), realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira-Valencia). Se estudiaron todas las peticiones de muestras de orina (micción espontánea, punción suprapúbica, sonda vesical y uretral) en las que el resultado del urocultivo fue positivo. Los datos se obtuvieron del programa OMEGA del Servicio de Microbiología del Área de Diagnóstico Microbiológico del Departamento de Salud de La Ribera.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 5490 resultados de aislamientos positivos: 1151 en 2013, 1527 en 2014, 1359 en 2015 y 1454 en 2016. Los microorganismos aislados por orden de frecuencia para cada uno de los años de estudio fueron: En 2013: *Escherichia coli* (65%), *Klebsiella pneumoniae* (8%), *Enterococcus faecalis* 70 (6%), *Proteus mirabilis* (4%), *Pseudomonas aeruginosa* (4%) y *Enterobacter spp* (3%). En 2014: *Escherichia coli* (63%), *Klebsiella pneumoniae* (8%), *Proteus mirabilis* (6%), *Pseudomonas aeruginosa* (5%), *Enterococcus faecalis* (5%) y *Enterobacter spp* (3%). En 2015: *Escherichia coli* (63%), *Klebsiella pneumoniae* (10%), *Enterococcus faecalis* (6%), *Proteus mirabilis* (5%), *Pseudomonas aeruginosa* (4%), y *Enterobacter spp* (2%). En 2016: *Escherichia coli* (64%), *Klebsiella pneumoniae* (10%), *Enterococcus faecalis* (6%), *Proteus mirabilis* (5%), *Pseudomonas* (4%), y *Enterobacter spp* (2%).

CONCLUSIONES:

No se observaron grandes diferencias en la variabilidad etiológica de los urocultivos positivos remitidos desde el servicio de urgencias en el periodo comprendido de enero de 2013 a diciembre de 2016. *Escherichia coli* fue el agente causal mayormente aislado y se observó un discreto incremento en el porcentaje de aislados de *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1204

IMPORTANCIA DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SOBRE LOS RESULTADOS A CORTO PLAZO EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**D Albertos Torres, C Clemente, D Redondo, C Yáñez, S Iglesias, E Rodríguez, J González del Castillo***Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** neumonía-adequación del tratamiento antibiótico-reingreso hospitalario**OBJETIVOS:**

Evaluar los resultados clínicos a corto plazo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en función de la adherencia o no a las recomendaciones referentes al tratamiento antibiótico empírico de la guía local del servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohorte retrospectiva que incluyó a todos los pacientes atendidos por NAC mayores de 18 años en un SU hospitalario durante el mes de Diciembre de 2016. Se recogieron datos demográficos, clínicos, hemodinámicos y analíticos. La variable principal de resultado fue la mortalidad a los 30 días del evento índice, evaluándose también el reingreso hospitalario a 30 días. Con el fin de identificar los factores independientes asociados con mortalidad o reingreso se realizó un análisis multivariable de regresión logística. Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas cuando el valor de p era inferior a 0,05 o cuando el IC al 95% de la OR excluía el valor 1. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS:

Durante el mes de estudio 105 pacientes fueron evaluados en por neumonía en Urgencias. Finalmente la población de estudio la constituyeron 66 pacientes que cumplían criterios de NAC. La edad media fue de 77,56 (DE 14,5) y 38 (57,6) eran varones. En 44 (66,%) pacientes se siguieron las recomendaciones locales para seleccionar la antibioterapia empírica. Se produjeron 3 (4,5%) exitus y 15 (22,7%) reingresos durante el periodo de estudio. La adherencia terapéutica no se asocio de manera significativa a la mortalidad. El estudio mostró que la no adherencia terapéutica a las recomendaciones de nuestra guía se asoció de manera significativa e independiente con un incremento del riesgo de reingreso a los 30 días [OR 3,062 (CI 95% 1,057-8,874, p = 0,039)] tras ajustar por las características clínicas, las variables hemodinámicas y analíticas de los pacientes.

CONCLUSIONES:

La no adherencia a la guía de tratamiento antibiótico empírico condiciona un riesgo aumentado de reingreso hospitalario en pacientes atendidos por NAC en urgencias.

P-1205

APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS RECOMENDADAS POR LA CAMPAÑA SOBREVIVIR A LA SEPSIS (MSCC) EN UN HOSPITAL COMARCAL**MA Caudevilla Martínez (1), M Calvo Alba (2), KA Contreras Delgado (1), VA Herrera Mendoza (1), JE Recio Jiménez (1), R Martínez Álvarez (3)***(1) Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza. (2) Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. (3) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza***PALABRAS CLAVE:** sepsis-diagnóstico-estrategias de mejora**OBJETIVOS:**

Valorar la aplicación de las MSCC en los focos más frecuentes de sepsis, respiratorio y urinario, en el servicio de Urgencias (SU) de un hospital comarcal tras la creación del grupo de trabajo de sepsis (GTS).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo realizado en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, en el periodo del 1-enero al 31-diciembre-2014, con la revisión de todos los informes de alta con diagnóstico principal o secundario de: sepsis (S), sepsis grave (SG), septicemia (Sp), shock séptico (SS), neumonía e ITU según el sistema de codificación CIE-9. Se revisó el grado de aplicación de las MSCC en aquellos episodios que cumplieran criterios de SG/SS (GSG) a su llegada al SU, hubieran o no sido codificados como tal en dicho servicio.

RESULTADOS:

Se revisaron 249 episodios, de ellos 155 (62,2%) cumplían criterios de SG/SS a su llegada a Urgencias, siendo codificados como tal 21 (13,5%). Se compara la aplicación de las MSCC en el grupo que no cumplía criterios de SG/SS (GNSG) a su llegada al SU respecto al GSG. Así, se solicitó el lactato en < 3 horas (31%-63,23%), se administró antibioterapia en < 3 horas (61,9% - 76,77%) y se aplicó una reanimación hemodinámicamente adecuada (14,29% - 36,13%) significativamente mejor en el GSG respecto al GNSG (p<0,05). Comparando el grupo codificado de SG/SS en el SU (GcodSG) respecto a los no codificados como tal, la solicitud de lactato (90,48% - 59%), extracción de hemocultivos antes de antibioterapia (80,95% vs. 52,24%), administración de antibioterapia antes de 3 horas (85,71% vs. 75,37%) y reanimación hemodinámica adecuada (85,71% vs. 28,36%) fue significativamente mejor en el GcodSG (p < 0,005).

CONCLUSIONES:

A pesar de la infracodificación de la S/SG/SS, las MSCC se realizan en un alto porcentaje de los casos en el SU. El GTS ha mejorado la conciencia sobre la sepsis. Existe una oportunidad de mejora en la aplicación de las MSCC.



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

P-1207

VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DE UN HOSPITAL COMARCAL

MA Caudevilla Martínez (1), M Calvo Alba (2),
KA Contreras Delgado (1), VA Herrera Mendoza (1),
JE Recio Jiménez (1), R Martínez Álvarez (3)

(1) Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza. (2) Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. (3) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: sepsis-incidencia-diagnóstico

OBJETIVOS:

Valoración del diagnóstico de sepsis en el SU de un hospital comarcal, en los focos más frecuentemente asociados a sepsis, el respiratorio y el urinario, según los criterios recomendados por la "campana sobrevivir a la sepsis".

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo realizado en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Hospital comarcal sin UCI. Se revisaron todos los episodios de alta de los Servicios de Medicina Interna (MI) y de Urología (Uro) del 1-enero al 31-diciembre-2014, con diagnóstico principal o secundario de: sepsis (S), sepsis grave (SG), septicemia (Sp), shock séptico (SS), neumonía e ITU según el sistema de codificación CIE-9. Estos diagnósticos debían de ser el motivo de acudir al SU. Se excluyeron aquellas S/SG/Sp y SS cuyo foco no era respiratorio o urinario. Se revisó cuántos de ellos cumplían criterios de sepsis a su llegada al SU y cuantos fueron codificados como tal al alta de dicho servicio.

RESULTADOS:

En total se revisaron 249 episodios, con predominio de foco respiratorio (60,64%), hombres (57,83%) y polimedicación (62,65%). La edad media fue de 75,69 años. El 62,2% (155 episodios) cumplían criterios de SG/SS a su llegada a Urgencias. De ellos, 21 (13,5%) fueron codificados como tal en el SU. Esto supone un infradiagnóstico de SG/SS de foco respiratorio y urinario del 86,5%, o sea, se diagnostica 1 de cada 7,3 casos. La hipotensión (IC 95% 12,5-345), la frecuencia cardíaca (FC) mayor de 90 lpm (IC 95% 1,13-7,64), la frecuencia respiratoria (FR) mayor de 30 lpm (IC 95% 1,11-31,42) y la SatO2 por debajo de 90% (IC 95% 9,84-154) se asociaron con mayor riesgo de SG/SS a su llegada a Urgencias. En el periodo de estudio se recogieron 67 casos codificados como S, SG, Sp y SS.

CONCLUSIONES:

Existe en nuestro medio una clara infracodificación de los episodios de sepsis, con lo que ello puede conllevar respecto a la atención a estos pacientes. Sería interesante valorar la repercusión que esta inapropiada codificación tendría en la facturación de los servicios de salud.

P-1210

ENFERMEDAD DE MONDOR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Y Ortiz de Eribe Martín-Viera, FJ Vara Morate, MC Soriano González,
FJ Garriguet López, JC Serrano Merinas, A Perales Castellano,
JM Barquero Fernández

Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato. Córdoba

PALABRAS CLAVE: tromboflebitis-enfermedad de mondor-mama

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En la inspección se visualizaba en la cara anterolateral izquierda del tórax un cordón indurado, adherido, de unos 10 cm, Dicho cordón era discretamente doloroso a la palpación y se acentuaba con la hiperextensión de la extremidad superior izquierda, así como al pasar de la sedestación a la bipedestación.

RESULTADOS:

Se realizó analítica completa cuyos resultados fueron rigurosamente normales, así como radiografía de tórax en la que no se evidenciaba patología. Se citó al día siguiente para realización de ecografía programada donde se objetivó sistema venoso superficial señalado por la paciente que recorre desde abdomen a mama izquierda, no comprensible, sin flujo, doloroso a la exploración, con sospecha de tromboflebitis de Mondor de vena toracoepigástrica. Se pautó tratamiento médico con amoxiclavulánico, antiinflamatorios, y se revisó a las 2 semanas en consulta de cirugía con remisión completa de la clínica descrita.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Mondor, es una entidad caracterizada por el desarrollo de tromboflebitis de venas subcutáneas. Localización más frecuente, en la cara antero lateral de la pared toraco-abdominal. Se caracteriza por la aparición de un cordón palpable, doloroso, que involucre en un periodo de tiempo variable, generalmente corto. Su etiología es desconocida pudiéndose relacionar en algunos casos con traumatismo local, esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos en la mama y procesos febriles previos. No parece existir relación con el cáncer de mama, aunque se han descrito casos asociados al mismo. También se han referido casos asociados a embarazo y puerperio, a la arteritis de células gigantes y a otras enfermedades sistémicas. Afecta principalmente a mujeres entre 21 y 55 años, aunque en un tercio puede aparecer en el varón.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1215

MENINGOENCEFALITIS NEUMOCÓCICA SECUNDARIA
A FOCO ÓTICO

P García Bermejo (1), J Guillén González (1), L Holgado Castell (1),
J Matamoros Hernández (2), L Manclús Montoya (1),
D Sánchez Díaz-Canel (1), EM Gilabert Mengod (1)

(1) Hospital Universitario La Ribera. Valencia. (2) C. S. Almussafes. Valencia

PALABRAS CLAVE: fiebre-meningitis bacteriana-mastoiditis

OBJETIVOS:

Este caso clínico demuestra la importancia de filiar la etiología y el foco infeccioso. En este caso el foco era ótico, un foco poco habitual y que se filió durante el ingreso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: fiebre. Antecedentes personales: No RAM conocidas, hipertensión arterial, EPOC, hipercolesterolemia, fumador activo. Tratamiento: broncodilatadores, estatina, antihipertensivos. Enfermedad actual: varón de 72 años que acude por cuadro clínico de 48 horas de evolución asociando mal estado general y fiebre de hasta 40°C junto a otalgia. El paciente comienza con cuadro de desorientación y agitación. No foco infeccioso aparente pulmonar ni urinario. No cuadro constitucional. Resto sin interés. Exploración física: Tª 39°C, mal estado general, desorientado en las tres esferas, imposibilidad de mantener comunicación con el paciente. Inquieto, tembloroso. Discurso incoherente. No obedece órdenes ni presenta respuesta verbal. Resto de exploración por aparatos normal. Diagnóstico diferencial: ante fiebre debemos en primer lugar foco infeccioso. En este caso se descartó urinario y respiratorio en primer lugar. Y después se realizó punción lumbar dado la negatividad de las pruebas complementarias.

RESULTADOS:

Análítica: lactato, procalcitonina y troponina normal, leucocitosis de 21.100 con desviación izquierda. Orina: normal Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés. Punción lumbar: en líquido cefalorraquídeo aparece aspecto turbio, leucocitos de 2720 células/uL, glucosa 2mg/dl y proteínas 133mg/dl compatible con meningitis bacteriana. Se confirma neumococo como causante del cuadro infeccioso. TAC craneo: hipodensidad en lóbulo temporal y parietal derechos con pérdida de la diferenciación entre la sustancia blanca y gris compatible con encefalitis junto a ocupación de celdillas mastoideas derechas compatible con mastoiditis.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: meningoencefalitis neumocócica con posible foco ótico por mastoiditis derecha. Tratamiento: vancomicina con ceftriaxona y corticoides sensibles a neumococo en antibiograma con buena evolución y resolución del cuadro de desorientación y agitación. En ocasiones, los focos de la fiebre no son siempre los típicos y debemos pensar en otros posibles.

P-1218

PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO
URINARIO SUPERIOR ATENDIDAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS
HOSPITALARIOS Y DURANTE EL INGRESO EN PLANTA
CONVENCIONAL O EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

JM Amigo Angulo, MS Gallardo Rebollal, S García Gutiérrez,
A Antón Ladislao, M Sánchez Fernández, E Pulido Herrero,
JM Armentia Bardeci

Hospital Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: infecciones urinarias-tratamiento antibiótico-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Describir la pauta antibiótica empírica prescrita en las ITUS en Urgencias y durante el ingreso en hospitalización a domicilio (HaD) o planta convencional.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico realizado en 3 hospitales (Galdakao-Usansolo, Txagorritxu y Alto Deba). Recogidos pacientes de marzo 2012 a junio 2013. Variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, microbiológicas, terapéuticas y destino desde Urgencias. Variable de resultado: describir la pauta antibiótica de las ITUS ingresadas desde Urgencias. Variables continuas descritas con media y desviación estándar, categóricas con valores absolutos y porcentajes. Asociación entre variables mediante T-test para las continuas y chi-square o test de Fisher para las categóricas. Significación p<0,05.

RESULTADOS:

Incluidos 210 pacientes, 40% ingresó en planta y 60% en HaD. En las características de los pacientes solo hubo diferencias significativas en el sexo (más mujeres en HaD 42,86% vs. 29,34%), ITUS no complicadas (más en HaD 83,33% vs. 58,73%) y hospitalización previa (factor de riesgo de gérmenes multirresistentes (planta 9,52%, HaD 2,38%). Germen más común en urocultivo: E.coli 111 (90,24%). Solicitados 126 hemocultivos (60%) y 204 urocultivos (97%). 77 microorganismos resistentes, siendo el 87% E.coli y un 4% klebsiella y proteus. En la prescripción antibiótica hubo diferencias significativas: en ingresados en planta se pautó más frecuencia penicilinas+ inhibidores betalactamasas (51,22% vs. 0,79%) y en HaD cefalosporinas 3º generación (86,51% vs. 31,71%). Durante el ingreso en planta se prescribió con más frecuencia antibióticos de amplio espectro que en HaD (carbapenemes 11,90% vs. 3,20%).

CONCLUSIONES:

La antibioterapia pautada desde Urgencias a los pacientes con ITU está adecuada a las características de éstos y a la modalidad de ingreso. El germen con más resistencias fue, al igual que en otras series el E. coli. Se prescribieron sobre todos cefalosporinas de tercera generación, no encontrándose resistencias en los urocultivos. Por otro lado la eficacia de pautas intravenosas con posología cómoda cada 24 horas determina el tratamiento antibiótico en HaD.



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

P-1221

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

R López Izquierdo, C Bolaño Pérez, E González García,
P Asensio Villahoz, J Álvarez Manzanares, JM Hernández Gajate

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: encefalitis-urgencias-mortalidad

OBJETIVOS:

Conocer el impacto de las Infecciones del Sistema Nervioso Central (ISNC) en los SUH. Analizar las diferencias entre los pacientes diagnosticados en el propio servicio o en planta de hospitalización. Valorar factores asociados a la mortalidad hospitalaria (MH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de las altas con diagnósticos de ISNC de pacientes ingresados en planta de un hospital de tercer nivel, años: 2014-2015. Análisis de variables según dos grupos: Coincidentes(GC): alta con ISNC en SUH y en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBD) y No coincidentes(GNC): alta con ISNC sólo en CMBD. Se realizó una descripción de la muestra. Análisis de la asociación de la mortalidad hospitalaria (MH) en función de las variables estudiadas, se realizó un estudio univariante y multivariante mediante regresión logística. Significación estadística $p < 0,05$. Software SPSS 20.0 para Windows.

RESULTADOS:

Total atenciones en SUH: 176.387. ISNC: 41 (0,025%). GC: 25 (61%), GNC: 16 (39%). Varón: 56,1%, GC: Varón: 64,0%, GNC: Mujer: 56,2% $p > 0,05$. Edad media total: 53,0 (18,9) años, GC: 48,60 (19,7), GNC 60,06 (15,4) $p > 0,05$. Estancia media total: 21,0 (18,9) días, GC 13 (10,0), GNC 33,3 (22,3) $p < 0,001$. Características clínicas asociadas al diagnóstico en SUH: cefalea, rigidez de nuca ($p < 0,05$). MH: 7 (17,1%), GC: 1 (14,3%) vs. GNC: 6 (85,7%) $p < 0,001$. Estudio univariante con MH: pertenecer GNC, edad media elevada, puntuación < 9 en escala de Glasgow, convulsiones en SUH, realización punción lumbar en SUH $p < 0,05$. Ninguna mantuvo asociación en el estudio multivariante.

CONCLUSIONES:

De forma global la prevalencia e incidencia de ISNC observada en nuestra muestra es muy baja, lo que coincide con otros autores nacionales. La mayoría son diagnosticadas en el SUH aunque habría margen de mejora. La MH se asocia en mayor medida a personas de mayor edad, con diagnósticos realizados en planta de hospitalización, bajo nivel de conciencia y clínica atípica como convulsiones. Sin embargo, ninguna de estas variables mantuvo su significación en el estudio multivariante. Si parece evidente que emprender medidas que favorezcan el diagnóstico precoz de estas entidades en los SUH disminuirían su mortalidad.

P-1222

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y CÁNCER EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL COMARCAL

J Pedraza García, F Rico Rodríguez, MA Aguayo López,
P Lara Cachinero, FJ Rosa Ubeda, R Hidalgo Gil

Hospital Valle de Los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: trombosis-cáncer-urgencias

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre trombosis venosa profunda (TVP) y cáncer, previo o posterior al diagnóstico en servicio de urgencias y tratamiento ambulatorio durante un periodo de 3 años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo de pacientes diagnosticados de TVP en urgencias entre Marzo 2012 y Agosto 2015. Estudiados 70 pacientes con tratamiento ambulatorio, características demográficas, factores desencadenantes, presencia y tipo de cáncer al momento del diagnóstico y/o aparición durante el seguimiento mediante DI-RAYA.

RESULTADOS:

70 pacientes, 52,9% hombres, con edad media de 73 años (33-94). El tiempo de evolución de TVP ≥ 3 días en 39 (55,7%). Probabilidad según Wells media-alta 55 (78,6%). Tratados a domicilio 54 (77,1%), 16 fueron ingresados, por tromboembolismo pulmonar concomitante 10 (14,3%) o comorbilidad u otras causas. Al mes del diagnóstico 55 (78,6%) no presentaron complicaciones, 8 (11,4%) presentaron síndrome postflebitico y 2 pacientes (2,9%) complicaciones graves (accidente cerebrovascular), igualándose a los presentados en estudios de pacientes con tratamiento hospitalario. Según factor desencadenante: 18 pacientes (25,7%) presentaban neoplasia al momento del diagnóstico, siendo el de próstata (5) y los tumores digestivos (5) los más frecuentes, 21(30%) habían estado inmovilizados, 5 (7,1%) padecían trombofilia y 26 (37,1%) eran TVP no provocadas. Durante el seguimiento 5 pacientes fueron diagnosticados de nuevas neoplasias: 2 casos de leucemia, páncreas, próstata y útero. De los 70 pacientes incluidos, 23 (32,9%) fallecieron durante el periodo de estudio. 13 de los 18 pacientes con neoplasia previa y TVP fallecieron.

CONCLUSIONES:

La incidencia de enfermedad tromboembólica en pacientes con cáncer es similar a estudios conocidos. La tasa de mortalidad es mayor entre los pacientes con cáncer previo al diagnóstico de trombosis venosa profunda. Incidir en estudios de neoplasia oculta en pacientes diagnosticados de TVP no provocada en urgencias y tratados a domicilio aunque no sea costo-efectivo.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1225

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA. ESTUDIO VNIURG

J Jacob Rodríguez (1), J Jacob (2), E Gene (3), G Alonso (4),
P Rimbau (5), J Zorrilla (6), O Miro (7)

(1) Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. (3) Servicio de Urgencias. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. (4) Servicio de Urgencias. Hospital de Granollers. Barcelona. (5) Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Josep Trueta, Girona. (6) Servicio de Urgencias. Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Althaia. (7) Área de Urgencias. Hospital Clínic de Barcelona

PALABRAS CLAVE: ventilación no invasiva-servicio de urgencias-hospitales públicos

OBJETIVOS:

Conocer el grado de implantación y las características de la ventilación no invasiva (VNI) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) públicos de Cataluña y analizar si hay diferencias en función de la tipología, del grado de actividad y de la existencia de una unidad de cuidados críticos (UCI) en el hospital.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una encuesta a todos los responsables de los SUH públicos de Cataluña, 52 en total. Se incluyeron 22 preguntas referentes a la VNI, estructuradas en tres bloques, uno referente a los profesionales y la formación, uno en relación al aparataje utilizado y otro en relación a los escenarios clínicos y uso de la VNI.

RESULTADOS:

Contestaron la encuesta todos los SUH. La VNI se realiza en 51 de los 52 SUH (98,1%), en general la realiza el urgenciólogo (78,5%). El uso de aparatos propios del SUH, sobretodo ventiladores específicos, y de interfase nasobucal es lo habitual. En todos los SUH se usa VNI en insuficiencia cardíaca aguda y agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En la mayoría de casos se retira en urgencias (66,7%). Hay poco registro y escasos protocolos en consenso con otros servicios. No hay muchas diferencias en función de la tipología, actividad y presencia de UCI.

CONCLUSIONES:

La VNI se realiza en la mayoría de SUH, por los propios urgenciólogos. En un elevado porcentaje se retira en urgencias y se relaciona con una estancia en urgencias larga. Se debe potenciar la realización de protocolos, el registro de la actividad y el drenaje desde urgencias a unidades adecuadas.

P-1239

LA RECIENTE ACTUALIZACIÓN GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) 2017 ¿APORTA ALGO NUEVO EN LA CLASIFICACIÓN DE LAS EXACERBACIONES EPOC?

J Amigo Angulo, E Pulido Herrero, A Antón Ladislao,
S García Gutiérrez, EJ García Lamberechts, P Lopetegui Eraso,
L Iturriaga Azkorra

Hospital de Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: enfermedad pulmonar obstructiva crónica-exacerbación-evolución clínica

OBJETIVOS:

Describir, según la nueva clasificación Gold 2017, la gravedad de la exacerbación en nuestra muestra. Examinar si esta nueva clasificación se correlaciona con la mala evolución a corto plazo (ingreso en UCI o UCRI, o necesidad de VMI o VMNI) y medio plazo (medida como reingreso y revisita en los 2 meses posteriores).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Es un estudio de cohortes prospectivo en el que se reclutaron 587 pacientes con síntomas de exacerbación EPOC que fueron atendidos en los servicios de urgencias de cuatro hospitales españoles entre marzo 2014 y enero 2017. Se realizó un seguimiento durante dos meses. 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 media y desviación estándar. Se utilizó el test de la Chi al cuadrado para medir asociación entre variables categóricas y el test de Wilcoxon para variables continuas. Se asumió significación estadística cuando el p valor fue $\leq 0,05$.

RESULTADOS:

De los 587 pacientes reclutados ingresan 359 (61,16%), revisitaron el SU 180 (32,20%) y reingresaron 132 (23,70%). La edad media fue 73,53(10,76) años, el 81,94% eran hombres, su EPOC basal era grave-muy grave en 239(44,92%). La gravedad de la exacerbación GOLD 2017 fue: leve 149 (25,38%), moderada 79 (13,46%) y severa 359 (61,16%). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de gravedad de la exacerbación GOLD 2017 y la mala evolución a corto plazo (p valor $\leq 0,0001$). Sin embargo no existen diferencias significativas respecto a la mala evolución a medio plazo (p valor 0,3393).

CONCLUSIONES:

Esta nueva clasificación de la exacerbación parece identificar los pacientes con alto riesgo de mala evolución a corto plazo sin embargo no identifica los pacientes con riesgo de fracaso terapéutico. En resumen, esta nueva clasificación no aporta mejoras respecto a la clasificación GesEPOC. La cual identifica el riesgo de muerte y el riesgo de fracaso terapéutico.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-1245

¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES BIEN ANTICOAGULADOS? UNA VISIÓN DESDE URGENCIAS

AM Nieto Rodríguez, S Larrondo Pamies, A San José Castany,
E Martín Mojarro, OJ Troiano Ungerer, S Flores Quesada,
A Palau Vendell

Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

PALABRAS CLAVE: anticoagulant-fibrillation-thromboembolism

OBJETIVOS:

Demostrar que los pacientes están mal anticoagulados en la urgencia y también en controles ambulatorios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se eligen 2 meses al azar del último año y se realiza estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes visitados en urgencias a los que se les ha solicitado INR. Analizamos edad, sexo, indicación de anticoagulación oral, tipo de anticoagulante, motivo de consulta, valor de INR en la urgencia, 5 últimos controles ambulatorios, diagnóstico y destino al alta.

RESULTADOS:

Se analizan 141 pacientes de los cuales 78 son mujeres (55,3%) y 63 hombres (44,6%). La edad promedio fue de 81-90 años (48,2%) seguida de 71-80 (28,3%) y un sólo caso de edad inferior a 40 a. El motivo de consulta principal fue disnea en 47 pacientes (33,3%) seguido de caídas 25 (17,7%), eventos hemorrágicos en 22 (15,6%), dolor torácico 12 (8,5%), 6 por síncope (4,2%), síntomas neurológicos 6 (4,2%) y causas varias 23 (16,3%). INR fuera de rango en 81 pacientes (57,4%) siendo supratrapeútico en 32 (39%) y subterapeútico en 49 (61%). El control de INR anterior a la urgencia estaba en rango sólo en el 61,2%, siendo incorrecto en el 38,7%. Se analizan los últimos cinco controles de INR previos a la urgencia, sólo 11 pacientes (10,18%) tenían los 5 valores en rango terapéutico, en 14 (12,96%) 4 determinaciones en rango, en 32 (29,62%) 3 estaban en rango, 29 (26,88%) 2 en rango, sólo una determinación correcta en 17 (15,74%) y 5 pacientes (4,62%) nunca habían estado bien controlados. Como diagnóstico al alta predomina insuficiencia cardíaca (21,27%) seguido de sobreinfección respiratoria (14,8%), eventos hemorrágicos en 20 pacientes (14,1%) estando sólo 4 por encima de rango. Seis pacientes presentaron fenómenos tromboembólicos de los cuales 5 estaban con nivel subterapeútico. Precisarón ingreso 57 pacientes (50%).

CONCLUSIONES:

1. Mantener una terapia anticoagulante oral a largo plazo es una dura tarea y más tratándose de pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades con el consecuente uso de un gran número de fármacos. 2. Se demuestra nuestra teoría de mala anticoagulación tanto en la urgencia como en los controles previos ambulatorios. 3. Poca correlación entre niveles supratrapeúticos y eventos hemorrágicos. 4. Importante relación entre niveles subterapeúticos y fenómenos

tromboembólicos. 5. El evento hemorrágico más frecuente fue hematuria, siendo muy variados los tromboembólicos (tromboembolismo pulmonar (2), isquemia intestinal, accidente isquémico transitorio, trombosis venosa profunda y accidente vascular cerebral). 6. Peor controlados con warfarina. 7. Asociación significativa entre tener 80 o más años y presentar INR fuera de rango.





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

P-1252

¿SÓLO UNA CONTRACTURA MUSCULAR?

S De Francisco Andrés, V Rodríguez Fariña, J Naranjo Armenteros,
R Rodríguez Borrego, I Corbacho Cambero, C Gil Castillo

Hospital Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: dorsalgia-disnea-astenia

OBJETIVOS:

Diagnóstico diferencial del dolor dorsal según la evolución, la clínica asociada, la respuesta a tratamientos. Dentro de las dorsalgias agudas/subagudas podemos incluir el origen discal (espondilodiscitis), el origen vertebral (aplastamientos traumáticos), las irradiadas de origen cervical o lumbar sin poder descartar los dolores que pueden comenzar en la piel como la neuralgia de origen herpético, las afecciones neurológicas y las algias de origen visceral o neoplásico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente de 25 años, fumadora de 10 cigarros diarios sin antecedentes médicos de interés que consulta en repetidas ocasiones por dorsalgia de un mes de evolución que empeora con los movimientos y cambios posturales, asocia discreta astenia y disnea con los esfuerzos y mejora parcialmente con reposo y analgésicos. Niega clínica catarral acompañante, viajes al extranjero recientes, antecedentes de enfermedad tuberculosa o contactos de riesgo. Niega asociación directa con ejercicio o sobreesfuerzo. Contaba con constantes vitales dentro de la normalidad y en la exploración física sólo llamaba la atención una disminución muy marcada de la ventilación en todo el hemitórax izquierdo junto con adenopatías generalizadas. Fue vista en atención primaria en varias ocasiones etiquetándola de dolor de origen mecánico en probable relación con contractura muscular.

RESULTADOS:

Tras realizar radiografía simple de tórax se constata aumento de densidad de gran volumen que ocupa los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo borrando la silueta cardiaca y el seno costofrénico izquierdo. En TAC torácico se constata una masa mediastínica anterior con atelectasia del parénquima adyacente que asocia trombosis yugular y subclavia izquierdas en relación con linfoma.

CONCLUSIONES:

En conclusión, la anamnesis es de vital importancia a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de la dorsalgia. Signos como la pérdida de peso, dolor nocturno que impide el descanso de semanas/meses de evolución, mal control sintomático, sudoración nocturna, clínica radicular, déficit neurológico, mal estado general y ausencia de lesiones aparentes en la radiografía ósea han de hacernos pensar en procesos potencialmente graves.

P-1254

QUISTE DE BAKER HEMORRÁGICO VS. TVP

A Garrido Rosado (1), M García Garzón (2), R Narnona Fernández (1)

(1) Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga. (2) Hospital Civil. Málaga

PALABRAS CLAVE: quiste de baker-trombosis de venas profundas-hemorragia

OBJETIVOS:

Valorar el diagnóstico diferencial entre TVP complicada y Quiste hemorrágico de Baker.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

AP: Paciente varón de 65 años, HTA tratado con Enalapril, sin otros Antecedentes médico-quirúrgicos de interés. EA: Acude por aumento progresivo de tamaño y dolor en MID. 2 días previos se había realizado ECO-Doppler descartando TVP. Acude por empeoramiento clínico. Exploración: Buen Estado general, Eupneico, tórax sin hallazgos. MID presentado edema, hematoma, dolor y aumento de perímetro desde tercio distal de fémur, objetivado en zona media de gemelo mayor de 4 cm respecto a contralateral, no cambios en temperatura, pulso pedio ausente. Sospecha clínica: TVP complicada Realizamos escala de Wells para TVP :4 puntos, riesgo elevado.

RESULTADOS:

Realizamos ECO por compresión, comprimiendo vena en cortes proximales, pero a nivel poplíteo, no se consigue visualizar vena por importante edema y dolor que dificultan la técnica. Cursamos ECO Doppler. Se objetiva quiste de Baker hemorrágico de unos 5x3cm, con rotura. Edema a nivel de Tejido celular subcutáneo asociado. No se objetiva alteraciones en flujo venoso con Doppler. El paciente fue valorado por traumatología, que cursó ingreso en planta, y se trató de forma conservadora con analgesia, con mejoría clínica y radiológica a la semana. Revisión a los 3 meses, en consulta con muy buena evolución.

CONCLUSIONES:

Hay muy pocos caso publicados sobre el quiste hemorrágico, y no se dispone de epidemiología (Busqueda PubMed Popliteal Cyst [Mesh] AND Hemorrhage [Mesh] reporta 18 artículos) la mayor parte de los casos se relacionan con trombofilia, enfermedad reumática, malformaciones arteriovenosas y complicaciones quirúrgicas.





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

P-1268

¿QUÉ VARIABLES SE RELACIONAN CON LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA (NAC) EN URGENCIAS?

JL Palma Aguilar, MS Taboada Prieto, M Islán, I Santana Martínez, A Márquez Fernández, B Infantes Martín

Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Sevilla

PALABRAS CLAVE: community-acquired pneumonia-clinical predictors-outcomes

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es comparar la relación de diferentes variables con la tasa de éxitos por neumonía.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de incidencia del periodo entre el 01/01 y el 30/06 de 2016 de los pacientes atendidos por neumonía en nuestro servicio de urgencias. Las variables analizadas fueron: edad, nivel de triaje, saturación de O₂ al ingreso, nivel de CURB 65 calculado, administración del antibiótico antes de 4 horas y adecuación del antibiótico a la guía.

RESULTADOS:

Atendimos 390 pacientes. Mortalidad por grupos de edad: 14 - 60 años: 0%, 60 - 85: 8,15%, > 85: 20%. Mortalidad por niveles de triaje: nivel 1: 25%, nivel 2: 14%, nivel 3: 0,6%, niveles 4 y 5: 0%. Mortalidad en pacientes con Sat O₂ < 90 %: 28%. > 90%: 5%. Mortalidad según nivel de gravedad: CURB 65 0 y 1: 0%, 2: 13%, 3: 21% 4: 61%, 5: 100% Se administró el antibiótico en las primeras 4 horas al 47% de los pacientes. De ellos fallecieron el 16,8%. No se administró al 53%. De ellos fallecieron el 2,4%. El antibiótico administrado se adecuaba a la guía en el 49% de los casos. La tasa de éxitos en el grupo de pacientes a los que se administró un antibiótico no adecuado a la guía fue del 11,6%. La tasa de éxitos cuando el antibiótico se adecuaba a la guía fue del 7%.

CONCLUSIONES:

Las variables que se relacionaron con la mortalidad fueron la edad, el nivel de triaje, la saturación de oxígeno y la escala CURB65. No encontramos relación con la administración precoz del antibiótico ni con la adecuación del mismo a la guía.

P-1276

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA EN URGENCIAS

G Lladós Bertrán (1), N Robert Boter (1), G Fernández Rivas (1), S Roure Díaz (2), LL Valerio Sallent (2), JM Mòdol Deltell (1)

(1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. (2) PROSICS Metropolitana Nord

PALABRAS CLAVE: zika-PCR-arbovirosis

OBJETIVOS:

Describir las manifestaciones clínicas y el rendimiento diagnóstico de las pruebas disponibles en una área no endémica pero de especial relevancia epidemiológica debido a la densa colonización por el mosquito-vector Aedes albopictus.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo de los casos diagnosticados de infección por VZ atendidos en Urgencias de un hospital terciario y de un centro de atención al viajero durante el 2016. En los casos sospechosos se realizó determinación de PCR en sangre (< 5 día sintomático) y PCR en orina (hasta el 21º día). Las serologías de VZ, Dengue y Chikungunya se realizaron a partir del 6º día de los síntomas. Las IgM positivas fueron confirmadas mediante técnicas de neutralización.

RESULTADOS:

Se identificaron 10 casos, 40% mujeres, una de ellas gestante, con una media de edad de 36,8 años (DE 15,5). El 100% provenían de América del Sur. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y exantema (100%), artralgias (60%) y conjuntivitis (40%). No se observaron complicaciones neurológicas. La PCR y la serología mostraron un 100% de sensibilidad en pacientes con < 6 días de clínica (4/4) y > 6 días de clínica (10/10) respectivamente.

CONCLUSIONES:

La presentación clínica del VZ es inespecífica y puede superponerse con la de otras arbovirosis pero el riesgo de transmisión y las graves consecuencias que puede provocar sobre el feto hacen que su diagnóstico sea esencial. La serología es la técnica de referencia, si bien presenta limitaciones como reacciones cruzadas frecuentes con el virus Dengue (otro Flavivirus), o la necesidad de recoger la muestra más allá de la semana del inicio de la clínica. En los primeros 5 días de los síntomas la PCR ofrece un diagnóstico rápido y mucho más específico.





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

P-1278

NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA (NAC) EN URGENCIAS: LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN CONTINUA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS

JL Palma Aguilar, MS Taboada Prieto, JM Fernández Sosbilla,
I Santana Martínez, M Islán, JL García Garmendia

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Sevilla

PALABRAS CLAVE: community-acquired pneumonia-outcomes-epidemiology

OBJETIVOS:

Conocer las características epidemiológicas de la población atendida por NAC en nuestro SU y evaluar la posible influencia de nuestras actuaciones sobre diferentes indicadores.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio Descriptivo de Incidencia del periodo comprendido entre el 01/01 y el 30/06/2016. Revisamos la historia clínica de los pacientes atendidos por NAC para analizar: edad, sexo, ingresos, éxitos, reconsultas, estancia en las salas de tratamientos cortos (STC) y observación. Comparamos estos datos con el estudio similar realizado en 2012.

RESULTADOS:

Atendimos 50.974 urgencias con 390 casos de NAC (7,65 casos/1.000 pacientes atendidos). Sexo: 53% hombres, 47% mujeres. Similar a 2012 Edad: 14 - 102 años. Media: 63,8 (SD: 21), mediana 55 (cuartil 1: 48, cuartil 3: 82). Mayor edad media y por cuartiles que en 2012. Ingresos: 50,5% (63% en 2.012). Días de ingreso: 1 - 33 días. Media: 7,8 días. Estancia hospitalaria global: 1519 días. Tasa de éxitos: global de 9,2% (12,63% en 2.012). 18,27% en ingresados (20% en 2.012). Reconsultas en las primeras 72 horas: 5,6 % (3% en 2012). Pasaron por STC 135 pacientes (34,61%). Observación: 53 pacientes (23,59%). Ingresaron el 81% de los pacientes de STC (88% en 2.012) y el 100% de los pacientes de observación (97% en 2.012). Estancia media en estas unidades de 7,8 y 16 horas respectivamente.

CONCLUSIONES:

Objetivamos mejoría en los indicadores analizados excepto en las reconsultas, posiblemente por el descenso en la tasa de ingresos. El análisis periódico de nuestros indicadores de actividad nos permiten prever las necesidades y desarrollar estrategias que mejoren nuestros resultados.

P-1279

PRONÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: VALORACIÓN DEL USO DE LA ESCALA PESI

E Prado Mel (1), F Moreno Calatrava (2), M Gil López (2),
AB Rojas Ramírez (2)

(1) Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Ciudad Real. (2) Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna, Sevilla

PALABRAS CLAVE: pulmonary embolism-prognosis-emergencies

OBJETIVOS:

Analizar el pronóstico de los pacientes ingresados en Observación con diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar según la escala PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) y determinar el riesgo de mortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en Observación por Tromboembolismo pulmonar durante el año 2016. Se recogen los datos a través de la historia digital Diraya®. Como variables se definen: - Características sociodemográficas: Edad, Sexo. - Cálculo escala PESI: Cáncer, Insuficiencia Cardíaca, EPOC, Frecuencia cardíaca • 100, Tensión arterial sistólica < 100, Frecuencia respiratoria • 30, Temperatura < 36°C, Saturación Oxígeno <90%, Alteración mental. - Días de hospitalización. - Exitus: Si/No Se realiza un análisis a través de Microsoft® Excell 2011.

RESULTADOS:

Se reclutaron un total de 18 pacientes. El 72% eran varones, con una edad media de 64,8 años (DT 18,9). Tras calcular la escala PESI se clasificaron en I (Riesgo muy bajo: <65 puntos) el 56% de la muestra, II (Riesgo bajo: 65-85 puntos) y III (Riesgo intermedio: 86-105 puntos) un 17% respectivamente, IV (Riesgo alto: 106-125 puntos) y V (Riesgo muy alto: >125 puntos) el 3% respectivamente. La mediana de días de hospitalización fue de 9,5 días (DT 10). El 22% de los pacientes (4 casos) fueron exitus durante el ingreso, estando el 100% de ellos clasificados como PESI I-II (mortalidad al mes entre 1-3%).

CONCLUSIONES:

- Más de la mitad de los casos de TEP en nuestro hospital son clasificados por PESI como TEP de muy bajo riesgo de mortalidad a los 30 días, sin embargo realizamos el ingreso del 100% de ellos. - La escala PESI es una herramienta eficaz para identificar los pacientes con TEP de bajo riesgo de mortalidad en el primer mes y que podrían beneficiarse de un tratamiento ambulatorio. - La totalidad de pacientes con exitus en el ingreso fueron clasificados por PESI grado I-II por lo que se sugiere la indicación de tratamiento ambulatorio a los pacientes estables de bajo riesgo para evitar complicaciones que puedan aumentar su mortalidad.





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

P-1288

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CRÍTICOS CON GRIPE DESDE 2010 A 2016

M Vallverdú Vidal, JD Lacasta García, B Balsera Garrido, MJ Abadías Medrano, G Jiménez Jiménez, N Ramón Coll, D Torrijos Cuesta

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: gripe-infección-epidemia

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes diagnosticados de gripe que requirieron ingreso en UCI.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo que incluye a todos los pacientes diagnosticados de gripe que ingresaron por el servicio de urgencias desde octubre de 2010 a Abril de 2016 y en UCI del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Hospital de segundo nivel referente para una población 450000 habitantes. El diagnóstico fue obtenido mediante obtención y análisis de PCR en frotis nasal o farínge, cultivo de esputo o aspirado traqueal. Fueron recogidas también diversas variables epidemiológicas como factores de riesgo, grado de severidad al ingreso, tratamiento administrado, medidas de soporte vital y mortalidad.

RESULTADOS:

Durante el periodo de recogida fueron admitidos en el estudio 52 pacientes (media de 8,67 pacientes/año). La edad media fue de 55,38 años. El 65,38% eran de sexo masculino. La media del APACHE II fue de 17,56 y la media del SOFA fue de 6,15. Por tipos de virus se encontró que el 41,79% correspondía al virus AH1N1, el 4,8% AH3, 4,8% A (no tipificado) y 3,6% B. Las comorbilidades principales encontradas fueron EPOC (26,92%), Enfermedades hematológicas (19,23%), Diabetes Mellitus (19,23%), Obesidad (17,3%), Embarazo (7,69%), Insuficiencia renal crónica (5,76%), Trasplante (5,76%), Asma (1,92%), VIH (1,92%). Se aislaron los siguientes microorganismos en 16 pacientes: *S. pneumoniae* (7,44%), *S. aureus* (1,6%), *Nocardia* (1,6%), *L. pneumophila* (1,6%), *Aspergillus* (4,25%), *M. tuberculosis* (1,6%). Se observó afectación radiológica en 40 pacientes (76,92%). En 32 pacientes se requirió la administración de drogas vasoactivas, 7 requirieron diálisis y 4 fueron tributarios de colocación en decúbito prono (ttº aplicado en nuestro centro desde 2013.) Se trató a 49 pacientes (94,23%) con Oseltamivir y con antibioterapia empírica, con VMNI 77,08% y con VMI 22,92%. La mortalidad fue de 11 pacientes (22,92%).

CONCLUSIONES:

El virus AH1N1 fue identificado en la mayoría de los pacientes. Se relacionó un aumento de la gravedad y mortalidad con el aumento del periodo entre el inicio de los síntomas y la primera dosis de Oseltamivir.

P-1289

CIMENTOS HASTA EN LOS PULMONES

D Lucas Aroca, P Lucas Aroca, CF Piqueres Vidal

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

PALABRAS CLAVE: disnea-dolor torácico-hipoventilación

OBJETIVOS:

Aunque se ha descrito la posibilidad de que el émbolo por cemento produzca oclusión progresiva de las arterias pulmonares, la terapia anticoagulante conduce a la endotelización de los émbolos, minimizando este riesgo. En pacientes a los que se les ha realizado seguimiento hasta 12 meses después con TC no se han demostrado secuelas significativas ni reacciones tardías al cemento depositado en las arterias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 67 años sin factores de riesgo cardiovasculares intervenida de cifoplastia 2 meses antes que acude por dolor torácico opresivo que empeora al tumbarse asociando sensación disneica. Auscultación cardiorrespiratoria con ligera hipoventilación en ambas bases. Abdomen anodino y exploración de miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda. Analítica normal, gasometría arterial objetiva discreta hipoxemia. Radiografía de tórax derrame pleural derecho y electrocardiograma con patrón SIQIIITIII. Tras la realización de TAC torácico se objetivan imágenes puntiformes de elevada densidad en LSD 6, LMD 2, LID 4, LSI 2, y línula 3 compatibles con TEP por cemento.

RESULTADOS:

Ingresó en planta donde se trató con HBPM debido a que durante su estancia se diagnosticó de mieloma múltiple IgA kappa lo que condiciona el tratamiento posterior.

CONCLUSIONES:

Entre las posibles complicaciones derivadas de la vertebroplastia una de las menos frecuentes es el embolismo pulmonar (0%-4,8%). Se produce por el paso accidental de émbolos de cemento acrílico a la circulación sistémica a través de los plexos venosos perivertebrales y, a través de la vena cava inferior, a la red vascular pulmonar². Esta complicación es más frecuente si el cemento no ha solidificado lo suficiente en el momento de introducirlo en el cuerpo vertebral.



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

P-1291

ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS FARMACOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LOS INGRESOS

JJ Vives Hernández, P Vidal Navarro, YE Sánchez Mejía,
C de Jesús Pérez, E Martínez Lerma, MD González Navarro

Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: thrombosis research-quality in clinical practice-emergency medicine

OBJETIVOS:

Objetivo principal: analizar la profilaxis farmacológica de la ETEP en los ingresos desde urgencias al servicio de medicina interna (SMI), compararlo con los resultados del ciclo de mejora de la profilaxis de la ETEV de 2014 y valorar si procede implementar un nuevo ciclo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo. Emplazamiento: Servicio de Urgencias del Hospital (SUH) Comarcal Virgen del Castillo-Yecla. Pacientes: ingresos médicos realizados desde el SUH a SMI. Periodo: primera quincena de enero de 2017. Se realizó una prueba piloto para la evitación de sesgos y cada caso se revisó por una pareja de investigadores para mejorar la fiabilidad. Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados y/o en tratamiento de ETEV, pacientes anticoagulados, menores de 18 años, pacientes con hipersensibilidad y efectos adversos graves a la heparina de bajo peso molecular (HBPM), pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y los ingresos realizados por los investigadores.

RESULTADOS:

Se revisaron 48 ingresos, se excluyeron 18, 12 casos porque estaban anticoagulados, 3 porque los ingresos fueron realizados por alguno de los investigadores y 3 porque por presentar EII. En el 56.7% de los pacientes se prescribió HPBM cuando estaba indicada, del 43.3% de los casos en los que no se realizó correctamente se observó que el 45.5% de los casos se había prescrito a mayor dosis de la necesaria (no se tuvo en cuenta la insuficiencia renal), en el 54.5% se objetivó que la profilaxis farmacológica estaba indicada pero no se realizó, fno se filió ningún caso, donde no estuviera indicada y si se administrara. En 2014, la adecuación de dicha profilaxis fue de 82.2% y las causas de prescripción inadecuada fueron similares.

CONCLUSIONES:

Se debe implementar un nuevo ciclo de mejora dado que el porcentaje de incumplimiento en la profilaxis farmacológica se ha duplicado.

P-1305

CÓMO NOS AFECTA LA EPOC EN LA ATENCIÓN DIARIA EN URGENCIAS

I Torres Peña, C Lorient Martínez, M Griabal García,
JA Magallón Puy, IL Quito Ramos, CI Holguin Mena, J González Tejada

Hospital de Barbastro. Huesca

PALABRAS CLAVE: EPOC-urgencias-atención

OBJETIVOS:

Analizar el número de pacientes atendidos en un año, valorar la gravedad y destino del paciente al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron datos del servicio de Urgencias del hospital Barbastro para desarrollar una revisión retrospectiva. El periodo analizado fue de enero de 2016 a diciembre de 2016, recogiendo pacientes clasificados con código de alta EPOC, EPOC CON EXACERBACIÓN AGUDA, EPOC CON EXACERBACIÓN AGUDA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA, EPOC SIN EXACERBACIÓN AGUDA.

RESULTADOS:

Se atendió a un total de 230 pacientes (198 hombres, 33 mujeres). La edad media de los pacientes fue de 76,30 años. Fue necesario ingresar al 44.34%, siendo remitido a domicilio el 52.17%. Exacerbaciones presentadas en un año: ? 2 episodios: 28 pacientes ? 3 episodios: 8 pacientes Por nivel de gravedad según Programa de Ayuda al Triage ? Nivel II: 30.87% ? Nivel III: 48.26% ? Nivel IV: 21.3%.

CONCLUSIONES:

La etiología principal es la exposición al humo del tabaco. Otros factores son: exposición al aire contaminado, genética, polvo y químicos en el ambiente laboral? La incidencia puede incrementarse en los próximos años por la mayor prevalencia de tabaquismo y por el envejecimiento poblacional, por lo que es muy importante una prevención primaria eficaz para lograr el abandono del hábito tabáquico y evitar la adquisición del mismo. La alta prevalencia de la enfermedad y la ausencia de diagnóstico al inicio, sumado al coste que genera para la sanidad pública (1.176 millones euros al año en España: ingresos, fármacos, consultas, pruebas, muertes prematuras, baja laboral, incapacidad?), justifican el esfuerzo para mejorar la situación actual de la enfermedad.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1306

ANÁLISIS DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR QUE INGRESAN EN NUESTRO HOSPITAL

C Pérez Ductor, G Hernández Comes, J Giner Morales, MC Sala Sainz, V Chumpitaz Capcha, A Beltrán Sánchez, MJ Larré Muñoz

Hospital Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-comorbilidad-tratamiento de urgencia

OBJETIVOS:

Definir el perfil de pacientes que ingresan en nuestro hospital con diagnóstico de TEP.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de aquellos pacientes que ingresan con diagnóstico de TEP durante el año 2015. Las variables estudiadas: edad, sexo, antecedentes personales, factores riesgo, pruebas diagnósticas, tratamiento, evolución y mortalidad.

RESULTADOS:

De una muestra de 147 pacientes la media de edad fue 75 años. 59.9% mujeres. 26.5% diabéticos, 59.2% hipertensos, 16.3% con cardiopatía, 19% broncopatía, 13.6% ERC, 4.1% enfermedad psiquiátrica y 12.2% obesos (57.9% desconocido). Factores de riesgo: disminución de movilidad >4 días en los últimos 2 meses 36.1%, cáncer activo 19.7%, cirugía previa 4.8%, embarazo 0.7% y trombofilia 4.1%. ECG normal en 43.5%, S1Q3T3 2.7%, FA 12.9% y BCRDHH 4.8%. Rx tórax normal en 49.7%, con infarto pulmonar 1.4%. El dímero D negativo en 3.4%, no se determinó en 19.7% y >3000mg/dl en 35.4%. Se realizó angioTC en 89.1%, dando el diagnóstico en 87.8%, y Ecocordio en 31% (diagnóstico 11.6%). Las escalas pretest mostraron: Wells: probabilidad baja: 51.7%, moderada: 40.8% y Ginebra: probabilidad moderada en 71.4%. La mayoría fueron tratados con AVK (45.6%) y HBPM (46.3%) y precisaron fibrinólisis por situación de shock 3 casos. En el 40.8% la duración del mismo fue indefinida. La mortalidad al año fue de 29.3% y 4.1% presentaron cáncer posterior.

CONCLUSIONES:

El dímero D puede usarse para excluir el TEP en pacientes con EP improbable, siendo el angioTC el método de elección para el diagnóstico. Como se evidencia en nuestra cohorte el perfil de los pacientes es cada vez más complejo, con mayor comorbilidad y la prevalencia de neoplasia en ellos es elevada. Sin embargo, la fiabilidad predictiva de las escalas pretest es menor a la descrita en la literatura. A pesar de que en el 40.8% el tratamiento fue indefinido, la mortalidad al año fue superior a lo esperado, probablemente relacionado con la comorbilidad y edad avanzada de la muestra. Es de vital importancia el reconocimiento clínico precoz de la EP para instaurar un tratamiento acorde a la situación hemodinámica y las características de cada paciente.

P-1312

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO

B Balsera Garrido, M Vallverdú Vidal, S Rodríguez Iglesias, M Palomar Martínez, JD Lacasta García, R Maciel Pereira

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: infección-bacteriemia-sepsis

OBJETIVOS:

Incidenia de BRC en nuestra durante el periodo de implementación del Proyecto Nacional Bacteriemia Zero (PBZ) y compararla con el año anterior y posterior al mismo, el periodo Proyecto Neumonía Zero (PNZ) y con nuestras tasas hasta el 31/12/2016. Ver como influye el control de NAV en la incidencia de BRC. Calcular el impacto económico, estancia hospitalaria y mortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyen todos los pacientes diagnosticados de BRC ingresados en una UCI por urgencias durante los periodos, 1 de Enero 2008 hasta 31 Julio 2009 ? periodo 2 implementación PBZ (1 de Agosto 2009 a 30 Junio 2010), ? periodo 3 1 Julio 2010 a 31 Mayo 2011 y ? Periodo 4 1 Junio a 31 Diciembre 2012 ? Periodo 5 Del 01/01/2013 hasta el 31/12/2016. En todos ellos, ante la sospecha de BRC, se procedía a extracción de hemocultivos, retirada del catéter y cultivo de su punta. Asimismo se realizaba revisión diaria del punto de inserción. A partir del 1 Agosto 2009 en que comienza la implementación del PBZ.

RESULTADOS:

La incidencia de bacteriemias por 1000 días de CVC durante el primer periodo fue de 5.60. Del periodo PBZ: 1.88. Durante este periodo hubo 5 meses con ausencia de BRC. Del tercer periodo: 2.47, del cuarto periodo: 1.80 quinto periodo 1.06.

CONCLUSIONES:

Hubo una clara mejoría en la incidencia de BRC a partir de la puesta en marcha del PBZ, mejoría que se ha mantenido en el periodo posterior al PBZ, pero con un ligero ascenso de incidencia sin llegar a las tasas de los años previos al mismo. Posiblemente influyan las medidas de colocación y mantenimiento del CVC y la implementación de los objetivos diarios y las rondas de seguridad que se realizan durante los periodos PBZ y PNZ.



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

P-1319

GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN USADOS EN PACIENTES RESPIRATORIOS QUE ACUDEN A URGENCIAS. APLICACIÓN DE CUESTIONARIO TAI**A Lau Cheng, S Nolasco, N Spaans Fernández, E Blanco Márquez***Hospital Marina Baixa. Alicante***PALABRAS CLAVE:** inhalador-respiratorio-dispositivos**OBJETIVOS:**

Determinar con la aplicación del Cuestionario TAI el grado e intensidad de la adherencia terapéutica a los distintos dispositivos de inhalación utilizados en pacientes con patologías respiratorias que acuden a un servicio de urgencias por reagudización. Así mismo como el tipo o patrón de incumplimiento del mismo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizará un estudio prospectivo, descriptivo y observacional de pacientes que acude a servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Marina Baixa durante el periodo Febrero ? Abril 2017 por cuadro de agudización de Asma / EPOC, donde al mes posterior a la pauta y/o ajuste de medicación se contacta telefónicamente y se le aplica el cuestionario TAI.

P-1328

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INFECCIOSOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA**R Cuervo Pinto, F Beddar Chaib, P Matías Soler, E Gutiérrez Madrid, JL Lechuga Martos, A Estrada Suela, FJ Martín Sánchez***Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** unidad de corta estancia-infección-urgencias**OBJETIVOS:**

Determinar las características clínicas, epidemiológicas y de evolución al alta de los pacientes ingresados en la UCE de un hospital terciario por patología de origen infeccioso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó todos aquellos pacientes ingresados y dados de alta desde la UCE con diagnóstico de infección durante el año 2014. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, nuevas hiperglucemias, datos al alta y de evolución (reconsulta 90 días en el Servicio de Urgencias).

RESULTADOS:

Se incluyeron 1309 pacientes, edad media 67.69 años (DE19.19), 42.8% (n = 560) varones. El 25.3% (331) tenía antecedentes de DM. Los pacientes estudiados presentaban al ingreso una media de TAS de 132.5 (DE23.12) y TAD de 47.1 (DE13.80), frecuencia cardiaca de 87.4 (DE17.98) y mediana de temperatura de 36,5 (RIC 36,2-37,1). En cuanto al motivo de ingreso, la infección del tracto urinario fue el más frecuente (47.5%, N = 622) y la infección respiratoria no consolidativa, la segunda (33.8%, N = 442). 205 pacientes (15.7%) presentaron nueva hiperglucemia no siendo diabéticos previamente. En cuanto a los datos analíticos, destacar la mediana de leucocitos 11327.8 (RIC 7600-13300) y las cifras de lactato 1.81 (RIC 0.90-1.30). La estancia media fue de 1.90 días (DE1.12) y el porcentaje de consulta a los 90 días fue de 34.8% (456) siendo el 16.1% (211) por causa infecciosa.

CONCLUSIONES:

Los pacientes ingresados por causa infecciosa en nuestra UCE son de edad intermedia, principalmente con infecciones urinarias y respiratorias, un discreto predominio del sexo femenino y con antecedente de diabetes en un cuarto de los pacientes. La estancia media fue corta, aunque la consulta a los 90 días, a pesar de la edad intermedia, fue elevada lo que obliga a analizar las condiciones del alta y los factores determinantes de dicha consulta.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1347

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL COMARCAL (SUH)

S Gayoso Martín, J González González, C Tejero Pallares, MA Huerta Fernández, E Mora Bastante, JF Madrigal Valdes, S Cortijo
Hospital El Escorial. Madrid

PALABRAS CLAVE: infecciones-urgencias-antimicrobianos

OBJETIVOS:

Valorar la prescripción antimicrobiana en SU Hospital Comarcal y posibles acciones de mejora para PROA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional transversal de un día. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de infección de tracto urinario (ITU), agudización infecciosa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC) y neumonía que ingresaron ese día en SUH o estaban ingresados en medicina interna procedentes de SUH. Se incluyeron edad, factores de riesgo de multiresistencia (antibioterapia en 3 meses previos, ingreso en 3 meses previos, portador de sonda vesical, inmunodepresión, institucionalización, dependencia). Se analizó si la prescripción del primer antimicrobiano fue acorde a los protocolos del hospital según las resistencias del área y características del paciente, si se indicó en la prescripción o en el informe de alta los días necesarios de antibioterapia, si se recogieron las muestras microbiológicas necesarias y suficientes.

RESULTADOS:

Fueron incluidos 20 pacientes. 75% de los pacientes fueron mujeres, 45% institucionalizados, ninguno tenía ingresos previos. 30% recibieron antibiótico en el último mes, 30% estaban inmunodeprimidos, 5% portaba sonda vesical, 35% eran dependientes. 60% de las infecciones fueron ITU, 20% neumonías, 20% AEPOC. En cuanto a la actuación en el 45% se tomaron adecuadamente las muestras microbiológicas, en el 15% fueron insuficientes. El antibiótico se pautó según los protocolos del área en el 60% y características del paciente. Se incluyeron los días de tratamiento antibiótico en la prescripción en el 40%. Los antibióticos más usados fueron quinolonas (40%), después fosfomicina (25%), cefalosporinas (25%) y Amoxicilina clavulánico (10%).

CONCLUSIONES:

Hay margen de mejora en la prescripción antibiótica en SUH. Es necesario insistir en la elaboración y difusión de protocolos del área para mejorar la prescripción antimicrobiana, la adecuada recogida de muestras microbiológicas y mejorar las indicaciones de tiempo de tratamiento. Es necesario que los médicos de urgencias se impliquen en los PROA.

P-1355

CELULITIS EN URGENCIAS ¿QUÉ SABEMOS DE LOS CULTIVOS?

EY Céspedes Suzuki, I Madariaga Ordeñana, M Plaza San Martín, A Burzako Sánchez, P Martínez Olaizola, Ma San Martín Díez, M Martínez Ortiz de Zarate

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE: celulitis-epidemiology-microbiology

OBJETIVOS:

Estudio retrospectivo de la incidencia de las celulitis atendidas en Urgencias del Hospital Universitario Basurto (HUB), en Bilbao. Estudio descriptivo de las características clínicas epidemiológicas, microbiológicas y la morbimortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de las historias clínicas de los pacientes de 14 ó más años de edad diagnosticados de celulitis en el Servicio de Urgencias del HUB, del 1 de Junio al 31 de Diciembre del 2015.

RESULTADOS:

Se registraron 143 pacientes con diagnóstico de celulitis. El 55% eran mujeres y el 44,8 % hombres, edad media de 58 años. Como factores favorecedores para el desarrollo de la infección, se registró el antecedente de vasculopatía periférica (11,9%) de los pacientes, linfedema (4,2%), diabetes mellitus (15,4%), tratamiento inmunosupresor (2,1%) e infección por VIH (1,4%). El diagnóstico inicial se realizó por el cuadro clínico y la exploración. Presentaron lesiones ulcerosas el 25,9 %. La localización más frecuente fue en las extremidades inferiores (73,4%), seguida de las extremidades superiores (17,5%). Se registró fiebre en el 18,2% de los pacientes. Se realizaron hemocultivos al 25,5%, con resultado positivo en el 14%. Y cultivos del foco cutáneo al 12,5% con positividad en el 50%. Pseudomona aeruginosa fue el el aislado más frecuente en los hemocultivos y Staphylococcus aureus en cultivos de úlceras. En el servicio de urgencias se administró la primera dosis de antibiótico al 53,8%. Los antibióticos más frecuentemente indicados al alta hospitalaria fueron Amoxicilina/clavulánico (63,6%), Cefalosporinas (14%), Quinolonas (4,9%) y Cloxacilina (4,2%). Se dieron de alta desde Urgencias al 61,5% y el 38,5% de los pacientes precisaron ingreso.

CONCLUSIONES:

Las IPPB aunque es una patología leve, en este estudio el 38,5% de los pacientes precisaron ingreso. En urgencias se realizaron hemocultivos (25,5%) y cultivo del foco cutáneo (12,5%) con positividad del 14% y 50% respectivamente. Los antibióticos indicados al alta fueron amoxicilina/clavulánico y cefalosporinas en el mayor número de casos.



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

P-1360

3... 2... 1... ¡¡¡SEPSIS!!!

J García Criado, R Pedrero Alonso, A Fraile Vicente, A Martín Aires, MP Sánchez Márquez, N Haro Mellado*Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca***PALABRAS CLAVE:** sepsis-anti-bacterial agents-surveys and questionnaires**OBJETIVOS:**

- Relacionar Q-SOFA $\geq$ 2 con el diagnóstico de sepsis. - Relacionar Q-SOFA $\geq$ 2 con el cumplimiento del objetivo de administración de antibiótico en la primera hora. - Relacionar Q-SOFA con la duración del ingreso. - Analizar la relación entre la variable Q-SOFA y la mortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal durante los meses de Noviembre²⁰¹⁶ y Febrero²⁰¹⁷. Se seleccionó una muestra de los pacientes que acudieron a Urgencias y cumplían los siguientes criterios: fiebre y/o sospecha de infección. Las variables analizadas fueron: Q-SOFA (estado mental, frecuencia respiratoria y TAS), tiempo de administración del antibiótico, diagnóstico, destino del paciente, duración del ingreso y mortalidad a los 30 días. El análisis estadístico se realizó mediante el test exacto de Fisher.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 42 pacientes. El 55% fueron mujeres y la edad promedio fue de 81,02 años (DS 10,8). El 55% presentaba fiebre $\geq$ 38°C. El 73,8% de los pacientes presentaba un Q-SOFA $\geq$ 2, siendo la taquipnea la variable más frecuentemente registrada (88,4%). El 59,5% presentaba hipotensión y el 45,2% alteración del estado mental. El 71,4% de los pacientes fue diagnosticado de sepsis. En 1/3 no se cumplió el objetivo de antibioterapia en la 1ª hora. En los pacientes con Q-SOFA = $\geq$ 2 y sepsis el objetivo no se cumplió en el 46%. El 65% de los pacientes ingresó en Medicina Interna y solamente se produjo 1 éxito a los 30 días.

CONCLUSIONES:

- Un Q-SOFA $\geq$ 2 se relaciona con el diagnóstico de sepsis ($p<0.05$). - No existe diferencia estadísticamente significativa en el retraso de la antibioterapia entre los pacientes con un Q-SOFA $\geq$ 2 y el resto. - A pesar de contar con una herramienta fiable y de fácil aplicación para la sospecha de sepsis como la escala Q-SOFA, no se cumple el objetivo de la administración de antibióticos en la primera hora. - No se pudo determinar la existencia de relación entre un Q-SOFA $\geq$ 2 y la mortalidad a 30 días. - No se encontró relación estadísticamente significativa entre la puntuación Q-SOFA y la duración del ingreso.

P-1364

ABORDAJE DE LA GRIPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EPIDEMIA 2016-2017**J Montiel Dacosta, J Guardiola Tey, P Moral Rubio, C del Santo Vila, C Belmonte Cuenca, A Yeste Piquer, L Blasco Iborra***Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** unidad estancia corta-gripe-epidemia**OBJETIVOS:**

Análisis descriptivo de la epidemia de G entre 24 diciembre 2016 y 21 de febrero 2017 (primer y último caso).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se describen todos los pacientes con muestra positiva para G en un SU de un hospital urbano nivel 3, que atiende diariamente unas 400 urgencias. Se analiza las características de los pacientes que precisan ingreso en la unidad estancia corta (UEC). La UEC consta de 36 camas donde ingresan pacientes con patología médica, donde el ingreso previsto debe ser inferior a 4 días.

RESULTADOS:

En los 61 días del periodo descrito acuden a SU 23942: 395 pacientes diarios. De los frotis realizados 277 son positivos para G. 147/255 (55%) son dados de alta, 125 precisan de ingreso. 48 en UEC: edad media fue de 79,75 $\pm$ 10,9 (49-96). 30/48 (62%) fueron mujeres. La mayoría ingresan por disnea más fiebre. Sólo 3 (6,3%) de los 48 ingresos no presentaron síntomas respiratorios. Presentan 4,83 $\pm$ 3,6 (0-17) comorbilidades asociadas, en tratamiento con 7,62 $\pm$ 3,6 (0-19) fármacos. Un 25% de los pacientes presentan insuficiencia cardíaca asociada, 20% EPOC, 35% diabetes, 77% HTA, un 10% inmunodeprimidos, 7% institucionalizados. Un 23% deterioro cognitivo, La estancia media fue de 4,96 $\pm$ 2,66 (1-13) días. Mediana 4 días. La PCR media fue de 74 $\pm$ 74 (2-273), con recuento leucocitario de 9800 $\pm$ 5320 (1740-23370). La Hb de 12,1 $\pm$ 2,1 (5,6-16,4). El filtrado glomerular medio es de 67 $\pm$ 24 (20-90). Ocho pacientes presentaron un ingreso hospitalario (tres meses previos), con una media de 32,1 $\pm$ 31,4 (6-81) días previamente al actual ingreso. Un 77% de los pacientes se les prescribe oseltamivir, y (39/48) 81% antibiótico. Un paciente exitus. Un 25% de los pacientes consta que estaban vacunados de la Gripe.

CONCLUSIONES:

La mayoría de pacientes con G confirmada son dados de alta. El ingreso en la UEC se da en ancianos, con múltiples comorbilidades y mayormente con infección bacteriana asociada. La evolución es satisfactoria y la estancia media suele ser corta.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-1366

EPIDEMIA GRIPE 2017. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UEC. GRIPE VS. NO GRIPE. ¿SON POBLACIONES DIFERENTES?

J Guardiola Tey, I Forado Benatar, N Aniceto Calero, C Villalonga Munar, C del Santo Vila, C Belmonte Cuenca, M Florensa Puig

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: gripe-unidad estancia corta-estudio comparativo

OBJETIVOS:

Para analizar si la población de pacientes con G tiene características específicas, comparamos una población de pacientes ingresados en la UEC con G, con una población de pacientes ingresados sin presencia de G, durante la epidemia entre el 24 de diciembre 2016 y el 21 de febrero 2017.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizan todos los pacientes con G ingresados en la UEC. Se compara con una población escogida al azar de pacientes sin gripe (SG). Estudio casos control 1:1. Las variables cuantitativas se analizan mediante Chi Cuadrado. Las cuantitativas con la T de Student.

RESULTADOS:

96 pacientes: 48 con G vs. 48 NG (datos expuestos en este orden). La edad 77, 6 + 15 (18-98) (75 vs. 79). 55% (62% vs. 47%) mujeres. La mayoría ingresan por disnea más fiebre. Comorbilidades 5,0 + 3,4 (0-17): 4,83 vs. 5,17, fármacos de 7,75 + 4,1 (0- 20): 7,62 vs. 7,8. 35% (25% vs. 45%) con insuficiencia cardiaca asociada (p < 0,02), 22% (20% vs. 25%) EPOC, 32% (35% vs. 29%) diabetes, 71% (77% vs. 66%) HTA, 8,3% (10% vs. 6 %) inmunodeprimidos, 19% (22% vs. 26%) deterioro cognitivo. Estancia media 4,96+2,66 (1- 13) días: 5,1 vs. 4,8, PCR media fue de 91,80 + 102 (1-320): 74 vs. 126 (p < 0,001), Leucocitos 9700 + 6400 (1000-51000): 9800 vs. 9600, Hb 12,0 + 2,2 (5,6-16,9): 12,1 vs. 11,9, el FG 62 + 27 (17-90) 67 vs. 56. 77% con G reciben oseltamivir, 73% antibiótico (81% vs. 64%)(0,05). 31% pacientes (datos en 30 de 96) vacunados (25% vs. 37,5%).

CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre las dos poblaciones La presencia de G no afecta a la estancia media. Los pacientes con G reciben más antibióticos que la media. La PCR en pacientes con G es significativamente más baja Una cuarta parte de los pacientes con G están vacunados, con un porcentaje mayor en pacientes SG.

P-1367

¿EXISTE ALTERNATIVA A LA GASOMETRÍA ARTERIAL COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN CASOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA? UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA RECIENTE Y APLICABILIDAD CLÍNICA

I Garmendia Rufo, M Gómez Martínez, M Bernad Barcos

Hospital Bidasoa. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: respiratory insufficiency-blood gas analysis-blood gas monitoring transcutaneous

OBJETIVOS:

Revisar los artículos publicados en los últimos 10 años para valorar si existe evidencia suficiente que apoye el uso de herramientas alternativas a la gasometría arterial para el diagnóstico de insuficiencia respiratoria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión literaria de los artículos publicados desde Enero 2007 hasta Enero 2017 que tengan como objetivo la comparación de gasometría venosa y/o capilar con la gasometría arterial para el diagnóstico de insuficiencia respiratoria.

RESULTADOS:

Se presentan un resumen de los estudios epidemiológicos prospectivos, revisiones clínicas, revisiones literarias, metaanálisis, publicados desde 2007 hasta la actualidad.

CONCLUSIONES:

Existe evidencia científica suficiente que valida el empleo de herramientas alternativas a la gasometría arterial en el diagnóstico de insuficiencia respiratoria.



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

P-1376

VALOR DEL HEMOGRAMA COMO FACTOR PREDICTIVO
EN LA NEUMONÍA DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIHC Sánchez Marcos, MF Solano, M Ferri, S Paredes, S Camón,
R Perelló

Hospital Madrid

PALABRAS CLAVE: neumonía-hemograma-VIH

OBJETIVOS:

Determinar si los valores del hemograma, pueden ser considerados como factores de mal pronóstico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo de tres años de duración. Se incluyeron todos los pacientes, mayores de 18 años, infectados por el VIH, que acudieron, a nuestro SUH, con clínica de infección respiratoria de más de 24h de evolución, fueron diagnosticados de NAC y requirieron ingreso hospitalario. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio, como son el sexo, la edad, los diferentes valores del primer hemograma realizado al paciente, como son: leucocitos totales, neutrófilos, linfocitos, basófilos, eosinófilos (EO), hematíes, hemoglobina, hematocrito, volumen corpuscular medio, concentración corpuscular media de hemoglobina, hemoglobina corpuscular media, índice de distribución de hematíes (RDW), plaquetas (PLAQ), volumen plaquetario medio, el índice de distribución plaquetario (PDW), el número de linfocitos CD4, la carga viral, la coinfección por virus hepatitis C y cTAR.

RESULTADOS:

Se incluyeron 160 pacientes, la edad media fue de 52,08 años, 99 (62%) eran varones, únicamente 79 (49%) de los pacientes realizaba TAR. Se obtuvo diagnóstico bacteriano en 91(57%) pacientes. La bacteria diagnosticada con más frecuencia fue el *S. pneumoniae* en 81 (89%) pacientes. El valor de las PLAQ ($p = 0.009$), EO ($p = 0.033$), RDW ($p = 0.033$) y PDW ($p = 0.009$), fueron significativos para el global de la serie, sin embargo en los pacientes con aislamiento bacteriano, ninguno de ellos mostró significación estadística ($p > 0.05$). Cuarenta pacientes requirieron ingreso en una UCI (25%), y 21 (13%) requirieron ventilación mecánica. La mortalidad de la serie fue de 9 pacientes (6%), en 6 casos se detectó *S. pneumoniae*, en 3 no se obtuvo diagnóstico microbiológico.

CONCLUSIONES:

En los pacientes infectados por el VIH, con NAC bacteriana, ningún parámetro del hemograma fue predictor de mortalidad.

P-1382

DESARROLLO DE PROTOCOLO EN URGENCIAS DE ADULTOS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ ANTE CASO
SOSPECHOSO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
DE ALTO RIESGOC López Paredes, A Martín Quirós, G Bejarano Redondo,
C Carballo Cardona, J Cobo Mora

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: riesgo-"urgencias"-fiebre

OBJETIVOS:

Desarrollar un protocolo multidisciplinar, que permita de forma precoz y con alta sensibilidad la detección de estos casos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

METODOLOGÍA Creación de equipo multidisciplinar (Servicios de Urgencias(SU), Unidad de Medicina Tropical y del Viajero, Protección de Riesgos laborales, Medicina Preventiva y Admisión y Supervisores de enfermería. Descripción de funciones de cada estamento y, para cada EIAR con importancia epidemiológica, desarrollo de circuitos de actuación dependiendo del lugar de detección, criterios diagnósticos y check- lists, e indicaciones de manejo de muestras. Se iniciará circuito en todo caso que cumpla: A. Fiebre y viaje en los últimos 30 días a África. B. Fiebre, síntomas respiratorios y viaje en los últimos 30 días a Asia. C. Picadura de garrapata en los últimos 9 días en presencia o no de fiebre. Se atenderá en la Sala de Contención específica donde se confirmará check-list, para continuar con protocolo: contacto con Salud Pública.

RESULTADOS:

Desde el 11/2016 hasta el 03/2017 se han incluido 20 pacientes. Se han detectado en todos los casos en Admisión (<5 minutos). En 1, con sospecha de MERS-CoV se contactó con Salud Pública y se derivó a Hospital Puerta de Hierro. El resultado fue negativo. El tiempo de detección en SU fue 10 minutos. Otro caso de posible Fiebre Hemorrágica Crimea Congo fue desactivado por Salud Pública por normalidad de pruebas. En 2 ocasiones se contactó con Salud Pública no ocasionando activaciones de protocolo. El resto de pacientes se desestimaron tras valoración por Checklists por el médico responsable.

CONCLUSIONES:

La implantación de un Protocolo específico con alta sensibilidad inicial y finalice con alta especificidad nos permitiría aumentar la detección de las EIAR y disminuir la posibilidad de transmisión nosocomial.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-1392

SIGNOS EN RX DE TÓRAX SUGESTIVOS DE POSIBLE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON TEP

C Puchaes Manchón, E López Herrero, E Maldonado Pérez,
M Albarrán Núñez, V Mayer, M Rodríguez Rodríguez

Servicio de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

PALABRAS CLAVE: pulmonary embolism-hypertension, pulmonary-radiography

OBJETIVOS:

Determinar retrospectivamente, en una serie de TEP masivos, con afectación extensa de arterias pulmonares principales, lobares, y segmentarias, la presencia en Rx de tórax PA, de signos sugestivos de hipertensión pulmonar.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

- Estudio retrospectivo transversal de 13 TEP masivos diagnosticados en Urgencias, en un hospital de 2.º nivel. - Variables de interés: anchura hiliar pulmonar, medida desde el borde hiliar más lateral izquierdo, al borde hiliar más lateral derecho. Anchura torácica máxima medida a nivel de los hilios pulmonares, desde el borde interno lateral de la parrilla costal derecha, al borde interno lateral de la parrilla costal izquierda. Ratio anchura hiliar pulmonar/anchura torácica.

RESULTADOS:

En los 13 TEP masivos estudiados, 11 (84,6%) presentaron un ratio anchura hiliar pulmonar/anchura torácica $> 0 =$ que 0,44 lo que es un signo de Rx de tórax PA, sugestivo de posible hipertensión pulmonar.

CONCLUSIONES:

Mirsadree et al, en 2013, estudiaron en pacientes con clínica de disnea con y sin hipertensión pulmonar, y en controles sanos, la presencia de signos radiológicos en Rx de tórax simple, sugestivos de hipertensión pulmonar. Para un punto de corte de 0,44 para el ratio anchura hiliar pulmonar/anchura torácica la sensibilidad fue 86% y el valor predictivo positivo 85%. El 84,6% de nuestros pacientes con TEP masivo, presentaban en Rx de tórax un ratio anchura hiliar pulmonar/anchura torácica $> 0 =$ que 0,44, lo que es sugestivo de hipertensión pulmonar. No es determinable si se trataría de una posible hipertensión pulmonar previa al TEP (p.e. causada por EPOC), o secundaria al TEP, pero sí podría considerarse una potencial variable de alarma, y ser tenida en cuenta para su inclusión en estudios de predicción de probabilidad pretest de TEP. Por las características de la atención urgente, dicho signo de fácil estudio, pudiera aportar información relevante a la hora de considerar la posibilidad de TEP masivo y su manejo en los pacientes con disnea, dolor torácico, síncope u otra clínica y factores de riesgo compatible con tal diagnóstico.

P-1394

ANALIZAR EL USO DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO (CCP) EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R Dusseck Brutus (1), A Pareja Obregón (2), M Genebat González (1),
J Toral Marín (2), I Pérez Torres (1), E Montero Romero (2)

(1) Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla.

(2) Hospital General Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: protrombínico-urgencias-reversión

OBJETIVOS:

Analizar el uso del Concentrado de Complejo Protrombínico (CCP) en el área de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes a los que se administró CCP en un periodo de 10 meses en el área de Urgencias, y se analizaron mediante las indicaciones establecidas en las guías de práctica clínica. Se recogieron las siguientes variables: Filiación, toma de ACOs y motivo por el cual estaban indicados, diagnóstico del paciente e indicación por la cual se administró el CCP, administración concomitante de Vitamina K, INR pre y post administración del CCP y tiempo entre administración de CCP y realización de Cirugía y/o técnica invasiva. Las variables cualitativas se representan mediante número de casos y porcentajes y las cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico.

RESULTADOS:

Se incluyeron 49 pacientes (26 hombres, 53%). El 71,4% de los pacientes recibían tratamiento crónico con anticoagulantes orales dicumarínicos, un 6,1% con anticoagulantes orales directos, y un 22,4% presentaban coagulopatía no asociada a toma de anticoagulación oral. La mediana de INR previa a la administración de CCP fue de 2,59 [2,05,4,44], siendo la mediana postadministración de 1,38 [1,21,1,57], siendo la mediana de 1200 UI de CCP por paciente (15 UI/kg). Solo en un 42,9% se realizó una administración de CCP ajustada a recomendaciones. La mayoría de estos casos (75%) fueron pacientes anticoagulados con AVK que iban a someterse a Cirugía Emergente. En un 38,8% se realizó una administración no justificada de CCP, por ser cirugía demorable o procedimiento invasivo menor. Destacar que en un gran porcentaje de pacientes (32,3%) no se administró de manera concomitante Vitamina K. Se identificaron eventos adversos en 3 pacientes (6,1%), con desarrollo de TEP masivo con resultado de exitus.

CONCLUSIONES:

Tras la realización de este estudio, ante la aparición de complicaciones relacionadas con su uso, así como el elevado número de administraciones no justificadas, se observa la necesidad de un protocolo para mejorar la administración de CCP en los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias.





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

P-1397

RELACIÓN ENTRE EL QSOFA (QUICK SEPSIS-RELATED ORGAN FAILURE ASSESSMENT) Y LA GRAVEDAD DE LA SEPSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

MA Bustamante Araujo, A Almuedo Riera, A Villagrasa Vilella,
L Tomás Chaume, F Rodríguez Lucas

Hospital General de Granollers. Barcelona

PALABRAS CLAVE: sepsis-qSOFA-vasoconstrictores

OBJETIVOS:

Describir la relación entre los criterios qSOFA al momento de la activación y la severidad de la sepsis, descrita como fracaso orgánico, necesidad de uso de inotrópicos e ingreso en UCI.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Fueron incluidos los pacientes mayores de 18 años que se atendieron como código sepsis en el HGG entre abril 2015 y febrero 2017. Se recogieron los datos del registro asistencial, se distribuyeron según el valor del qSOFA en dos grupos: ≤ 2 ó > 2 . Se comparó la distribución por sexo, edad, comorbilidades previas, valor de lactato inicial, necesidad de aminas vasoactivas e ingreso en UCI. Para el análisis se utilizó la t-Student y la χ^2 , se consideró un valor de $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

RESULTADOS:

De los 138 pacientes registrados como Código Sepsis, dispusimos de datos para calcular el qSOFA al momento de la activación en 56. No se encontraron diferencias por edad, sexo, comorbilidades previas ni media de lactato inicial. La media de órganos afectados fue significativamente mayor en los pacientes con qSOFA > 2 (1,9 vs. 2,78). Fue significativamente mayor el porcentaje de pacientes que requirieron aminas en el grupo de qSOFA > 2 (70,6 vs. 30,8). La necesidad de ingreso en UCI fue similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con criterios de sospecha de sepsis según qSOFA > 2 tuvieron un mayor número de órganos afectados y un porcentaje más alto de necesidad de uso de aminas. No encontramos correlación entre la puntuación del qSOFA el valor del lactato inicial ni la necesidad de ingreso en UCI.

P-1400

INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA EN EL ANCIANO PROCEDENTE DE URGENCIAS. UTILIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA ASISTENCIAL AL INGRESO HOSPITALARIO

M Andrés Gómez, MA Ballesteros Sanz, M Gutiérrez Cuadra, I Allende Mancisidor, M Pajarón Guerrero, A Abad Suero, S Gómez Ruiz

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: anciano-hospitalización a domicilio-infección urinaria

OBJETIVOS:

Evaluar la seguridad y la eficacia del modelo asistencial HaD para el tratamiento de la infección urinaria en el paciente anciano procedente de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los casos de IU de pacientes mayores de 80 años incluidos en el programa HaD procedentes del SU, desde el 1 Enero de 2015 al 31 Diciembre de 2016. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados, antimicrobianos utilizados, eficacia y seguridad de la HaD, la mortalidad y los reingresos (durante la estancia en HaD y a los 30 días).

RESULTADOS:

Se trataron en total 316 episodios de IU, 106 (33,5%) fueron en ancianos. La edad media fue de 87,4 años, y el 56,6% fueron mujeres. El índice Charlson medio fue de 3,07. En cuanto a los tipos de IU se encontraron: sepsis (37,0%), cistitis complicadas (34,1%) e infecciones relacionadas con catéter urinario (14,2%). El microorganismo causal se obtuvo en el 63,1% de los casos, de los cuales E. coli se aisló en el 25,5%. El antimicrobiano más utilizado fue la ceftriaxona (42,5%). El porcentaje de curación fue del 89,6%, de reingreso hospitalario 13,2%, y la mortalidad 2,8% (3 pacientes). Reingresaron un 13,2% a los 30 días.

CONCLUSIONES:

La IU en el anciano es un motivo muy frecuente de ingreso hospitalario desde los SU. La HaD permite el tratamiento de infecciones urinarias en pacientes ancianos procedentes de los servicios de urgencias, evitando el impacto negativo que supone la hospitalización en este tipo de pacientes, sin menoscabo en la seguridad del paciente ni en la eficacia del tratamiento.





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

P-1405

UREA: BIOMARCADOR EFICIENTE EN NEUMONÍA

A Arévalo Velasco, A Bajo Bajo, A García García, MJ Bringas García,
V Riesco Cuadrado, MJ Alario García

Hospital Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: neumonía-urea-biomarcador

OBJETIVOS:

Estudio de los pacientes con NAC atendidos en nuestro departamento de urgencias hospitalarias, relacionando urea con las escalas de riesgo y la ubicación del paciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal con muestreo aleatorio de pacientes mayores de 14 años a los que se diagnosticó neumonía en el servicio desde noviembre de 2013 hasta febrero de 2015. Las variables seleccionadas son: edad, sexo, comorbilidad, índices CURB-65 y Fine, síntomas y signos de neumonía, proteína C reactiva, urea, RDW y hemograma. Se utilizó una descripción de frecuencias y para la comparación de medias se usaron test no paramétricos.

RESULTADOS:

Se revisan 73 pacientes, 35 mujeres (48%) y 38 hombres (52%), edad media 71 años, rango de edad 31-101 años, siendo mayores de 65 años, 50 pacientes (68%). Eran fumadores el 13%, y diabéticos el 4%. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 68%, tos y expectoración 39%, dolor pleurítico 28%. La escala de comorbilidad de Charlson fue 1,9, rango de 0 a 7. Tomaban fármacos el 79%, 4,3 fármacos por paciente. Las frecuencias de la escala de Fine fueron: I 18%, II 14%, III 14%, IV 29%, V 25%, y de CURB65: 0 23%, 1 23%, 2 26%, 3 18%, 4 7%, 5 3%. La frecuencia media de leucocitos fue 12000 /microL, rango 3000-33500. Los linfocitos 1180, rango 200 a 4000. Los niveles de urea expresados como mediana fueron 41 mg/dL, rango 30-65 n Urea (media+DE) Ingresados 46 38,4+4 Tto. ambulatorio 27 56,4+4 <65 años 24 35,2+4 >65 años 49 56,9+4 Fallecidos 9 71,1+15 CURB-65 = 0 15 25,6+1,9 Fine 1 13 23,6+2,2 Fine 5 18 72,7+7,6.

CONCLUSIONES:

La neumonía origina el ingreso de gran parte de los pacientes afectados. Como ya se sabía son pacientes de edad avanzada, con comorbilidad y donde las escalas pronósticas tienen mayor puntuación. La urea mostró una correlación positiva con la gravedad y el ingreso hospitalario informando al igual que las escalas, del riesgo de mortalidad y la necesidad de ingreso hospitalario. Los pacientes ingresados y/o más graves tienen mayor tasa de urea.

P-1406

TRES AÑOS DE CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS

J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, JR Oliva Ramos,
AB López Tarazaga, S Sánchez Ramón, I García Rupérez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: sepsis-shock séptico-mortalidad hospitalaria

OBJETIVOS:

Conocer la evolución de un código sepsis (CS) en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo. Ámbito: urgencias hospitalarias. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 14 años incluidos en un CS en un SUH, años 2014-2016. Variables: año, edad, grupo de edad, género, mortalidad hospitalaria (MH), foco, cumplimiento de medidas precoces: solicitud lactato, hemocultivo, antibioterapia precoz, sueroterapia. Análisis descriptivo. Comparación de variables cualitativas: Chi-cuadrado, cuantitativas: Anova. SPSS: 20.0. $p < 0,05$.

RESULTADOS:

N 484. Media de edad: 73,78 (17,17). Género: varón 55,4%. Activaciones año 2014: 220 (45,5%), 2015: 112 (23,1%), 2016: 152 (31,4%). Media de edad año 2014: 72,68 (18,27), 2015: 75,32 (16,02), 2016: 74,78 (16,33). Cumplimiento medidas de manejo inicial: petición de lactato: 94%, petición de hemocultivos 88,6%, antibioterapia precoz 89,5%, sueroterapia agresiva 62,8%, todo el paquete de medidas 56,6%. MH: 22,7%. Foco: respiratorio 36,8%, urinario 30,0%, abdominal 10,3%, otros 6,0%, indeterminado 13,8%, no era sepsis 3,1%. Grupos de edad: 14-40 años: 5,6%, 41-65: 8,4%, > 65: 76%. Género por año: $p > 0,05$. Medidas por año: lactato 2014: 90,5%, 2015: 95,5%, 2016: 98,0% ($p < 0,05$). Hemocultivos 2014: 89,1%, 2015: 88,4%, 2016: 88,2% ($p > 0,05$). Antibiótico 2014: 85,9%, 2015: 88,4%, 2016: 95,4% ($p < 0,05$). Sueroterapia 2014: 46,4%, 2015: 67,0%, 2016: 83,6% ($p < 0,05$). Todo el paquete de medidas: 2014: 42,3%, 2015: 58,9%, 2016: 75,7% ($p < 0,05$). MH por año: 2014: 22,3%, 2015: 23,2%, 2016: 23% ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES:

Analizando la evolución de los datos extraídos del registro del CS de nuestro SUH, se aprecia una mejora progresiva en el cumplimiento del paquete de medidas precoces de forma individual (petición de lactato, petición de hemocultivos, antibioterapia precoz y resucitación agresiva con cristaloides) y del paquete de medidas en general. No hay cambios significativos en cuanto a edad y género. La mortalidad hospitalaria tampoco ha mejorado, quizás por la elevada edad de los pacientes incluidos y la no consideración de la limitación de esfuerzo terapéutico entre las variables estudiadas.



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

P-1408

IMPLANTACIÓN ACTUAL DEL CÓDIGO SEPSIS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES: ENCUESTA CÓDIGO SEPSIS

J Álvarez Manzanares (1), R López Izquierdo (1), J González del Castillo (2), JM Hernández Gajate (1), I González Manzano (1), JR Oliva Ramos (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: sepsis-indicadores de calidad de la atención de salud-mortalidad hospitalaria

OBJETIVOS:

Determinar el estado de implantación del CS en Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) a nivel nacional. Describir las características de los hospitales en los que está implantado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Encuesta online mediante Google Forms enviada a los SUH a nivel nacional durante el primer trimestre de 2016. Comparación variables cuantitativas (t de Student), cualitativas (Chi-cuadrado). Análisis estadístico SSPS 20.0.

RESULTADOS:

70 respuestas de 15 comunidades. Andalucía 12 (17,1%), Aragón 2 (2,9%), Asturias 1 (1,4%), Castilla la Mancha 4 (5,7%), Castilla y León 12 (17,1%), Cataluña 10 (14,3%), Madrid 12 (17,1%), Comunidad Valenciana 4 (5,7%), Islas Baleares 2 (2,9%), Islas Canarias 1 (1,4%), La Rioja 1 (1,4%), Navarra 1 (1,4%), País Vasco 6 (8,6%), Región de Murcia 2 (2,9%). CS Regional: Andalucía, Aragón, Cataluña, Navarra. Más 400 camas: 50%. Existencia CS en SUH: 53,52%. CS informatizado: 36,84%. Puede activarlo enfermería: 55,26%. Siguen criterios SIRS: 55,26%, nuevos criterios: 39,48%, otros: 5,26%. El 78,94% forma parte de un CS hospitalario, En 3 hospitales existe unidad de sepsis. Tienen dato de mortalidad el 23,68%, en el 100% de ellos ha mejorado desde implantación. Datos de cumplimiento: 65,78%. 67,6% incluyen recogida de lactato, 100% recogida hemocultivos, 96% antibioterapia precoz, 96% resucitación agresiva, 84% control foco. Un 7,89% no usa lactato como biomarcador, un 15,78% no usa PCT. SUH participa en coordinación del CS en el 73,68%. El 68,42% tienen formación inicial, el 50% periódica. Un 81,57% de SUH creen que ha mejorado el manejo desde instauración. Un 88,73% creen que sería útil un CS nacional.

CONCLUSIONES:

En general los hospitales que respondieron a la encuesta ven útil un código sepsis. En muchos Servicios de Urgencias se ha implantado, en la mayoría forma parte de un código hospitalario, algún código es regional. Todavía falta organización para analizar indicadores de gestión del código. En algunos hospitales no se activa por enfermería desde triaje, posiblemente para evitar falsos positivos y excesivas activaciones. En general la opinión es que la instauración del código mejora el manejo y la supervivencia.

P-1410

RDW (AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA): BIOMARCADOR EFICIENTE EN NEUMONÍA

A Arévalo Velasco, A Bajo Bajo, A García García, MC Rivas Herrero, MJ Custodio García, M Prieto Martín

Hospital Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: RDW-neumonía-biomarcador

OBJETIVOS:

Estudio de los pacientes con NAC atendidos en nuestro departamento de urgencias hospitalarias, relacionando RDW con las escalas y la ubicación del paciente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal con muestreo aleatorio de pacientes mayores de 14 años a los que se diagnosticó neumonía en el servicio desde noviembre de 2013 hasta febrero de 2015. Se incluyeron en el estudio 73 pacientes. Las variables seleccionadas son: edad, sexo, comorbilidad, índices CURB-65 y Fine, síntomas y signos de neumonía, proteína C reactiva, urea, RDW y hemograma. Se utilizó una descripción de frecuencias, 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, rango de edad 31-101 años, siendo mayores de 65 años, 50 pacientes (68%). Eran fumadores el 13%, y diabéticos el 4%. Los síntomas más frecuentes son: fiebre 68%, tos y expectoración 39%, dolor pleurítico 28%. La escala de comorbilidad de Charlson fue 1,9, rango de 0 a 7. Tomaban fármacos el 79%, 4,3 fármacos por paciente. Las frecuencias de la escala de Fine fueron: I 18%, II 14%, III 14%, IV 29%, V 25%, y de CURB65: 0 23%, 1 23%, 2 26%, 3 18%, 4 7%, 5 3%. La frecuencia media de leucocitos fue 12000 /microL, rango 3000-33500. Los linfocitos 1180, rango 200 a 4000. Los mediana del nivel de RDW es 13,9, rango 13,1-14,8. Ingresaron 46 pacientes (63%) y se trataron ambulatoriamente 27 pacientes (37%). n RDW(media+-DE) Ingresados 46 14.5+-0.2 Tto. ambulatorio 27 13.6+-0.3 <65 años 24 13.6+-0.3 >65 años 49 14.4+-0.2 Fallecidos 9 14.8+-0.2 CURB-65 = 0 15 13.25+-0.3 Fine 1 13 13.5+-0.3 Fine 5 18 14.8+-0.2.

CONCLUSIONES:

La neumonía origina el ingreso de gran parte de los pacientes afectados. Como ya se sabía son pacientes de edad, con comorbilidad y donde las escalas pronósticas tienen mayor puntuación. El RDW (con un coste mínimo) mostró una correlación positiva con la gravedad y el ingreso hospitalario informando al igual que las escalas, del riesgo de mortalidad y la necesidad de ingreso hospitalario. Los pacientes ingresados y/o más graves tienen mayor nivel de RDW.





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

P-1411

FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DEL INGRESO EN LA UEC DURANTE LA EPIDEMIA DE GRIPE 2017: ESTUDIO MULTIVARIADO

J Guardiola Tey, P Moral Rubio, I Forado Benatar, L Blasco Iborra, A Yeste Piquer, C Villalonga Munar, A Mauri Plana

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: unidad estancia corta-gripe-estancia media

OBJETIVOS:

Determinar la influencia de la G en la duración del ingreso en la UEC. Analizar varios factores que pueden influir en la duración del ingreso, buscando obtener marcadores pronósticos de su duración.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Definimos ingreso corto aquel que es igual o inferior a 4 días. Se realiza un estudio de todos los pacientes que han ingresado con G, y se compara con una población control sin G (NG). Estudio caso control 1:1. El análisis multivariado se realiza mediante un análisis de regresión logística. La variable dependiente analizada es ingreso corto vs. no ingreso corto (IC vs. NIC).

RESULTADOS:

96 pacientes: 48 con G vs. 48 NG. La edad media es de 77, 6 + 15 (18-98) (75 vs. 79). Un 55% (62% vs. 47%) fueron mujeres. La estancia media fue de 4,8+2,66 (1-13) días. 53% de los pacientes presentan un IC vs. 47% un NIC. La duración del ingreso no se relaciona con la presencia de G: 4,73 vs. 4,96 días (G vs. NG) (NS), ni por el sexo (hombres 4,63 vs. mujeres 5,02, NS), ni EPOC (4,42 vs. 4,59, NS), ni DM (4,61 vs. 4,95, NS), ni HTA (5,01 vs. 4,41, NS), ni inmuno supresión (3,38 vs. 4,98, NS). Existe correlación entre edad y IC ($p < 0,03$), y entre la leucocitosis y IC ($p < 0,001$). No se objetiva relación entre IC y el comorbilidades (0,7), PCR (0,8), Hb (0,2) y filtrado glomerular. El estudio multivariado, tomando como variable dependiente IC vs. NIC acepta dos variables como factores predictivo independiente asociados con la presencia de un NIC: el número de leucocitos (OR: 1,18, IC95% 1.06-1,31, $p < 0,002$) y la edad (OR: 1.03, IC95% 1,003-1.074, $p < 0,032$). La curva ROC que incluye estos dos factores muestra una AUC de 71%, con una $p < 0,001$.

CONCLUSIONES:

La duración del ingreso no se ve afectada por la G. La leucocitosis y la edad son predictores independientes de duración del ingreso. La combinación de ambos tiene un alto valor predictivo para determinar la duración del ingreso.

P-1415

CELULITIS EN URGENCIAS ¿QUIÉNES INGRESAN?

I Madariaga Ordeñana, M Plaza San Martín, A Burzaco Sánchez, P Martínez Olaizola, MA San Martín Diez, EY Céspedes Suzuki, B Cobanera Echebarria

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

PALABRAS CLAVE: celulitis-hospitalization-comorbidity

OBJETIVOS:

Estudio retrospectivo de la incidencia de las celulitis atendidas en Urgencias del Hospital Universitario Basurto (HUB), en Bilbao. Estudio descriptivo de las características clínicas epidemiológicas, microbiológicas, morbilidad y influencia de los mismos en el ingreso hospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de las historias clínicas de los pacientes de 14 ó más años de edad diagnosticados de celulitis en el Servicio de Urgencias del HUB, del 1 de Junio al 31 de Diciembre del 2015.

RESULTADOS:

Se registraron 143 pacientes con diagnóstico de celulitis. Precizaron ingreso hospitalario el 38,5% y fueron dados de alta desde Urgencias el 61,5%. Ingresaron más hombres 40,6%, que mujeres 36,7%, con una edad media superior en los ingresados. Los pacientes ingresados procedían del domicilio el 92,7% y de residencia el 5,5%. El 75% de los pacientes de residencia precisaron ingreso. Se asoció con una tasa mayor de ingreso hospitalario: diabetes (59,1% vs. 34,7%), inmunosupresión (66,7% vs. 37,9%) y la vasculopatía (76,5% vs. 33,3%). Sin embargo, en los pacientes con patología linfática no se encontraron diferencias. Ingresaron el 84,6% de los pacientes con fiebre. A los pacientes ingresados se les realizó hemocultivos al 88,2% con positividad en el 16 % y cultivos de ulcera cutánea al 100% con positividad en el 50%. Solo se realizó hemocultivos al 11,8% de los pacientes dados de alta. Se inició tratamiento antibiótico en Urgencias al 86,4 % de los pacientes que ingresan y al 13,6% de las altas. Los pacientes ingresados son tratados Cefalosporinas 85%, Quinolonas 57,1% y Amoxicilina/ clavulánico 22%. Los pacientes dados de alta son tratados con Amoxicilina/ clavulánico 78%, Cloxacilina 66,7%, Quinolonas 42,9% y Cefalosporinas 15%.

CONCLUSIONES:

Las IPPB aunque es una patología leve, sin embargo en ocasiones se precisa un ingreso hospitalario. La comorbilidad y los factores predisponentes juegan un papel importante en el aumento de ingresos por IPPB. A los pacientes ingresados se les realizan más cultivos y son tratados mas frecuentemente con cefalosporinas que no ingresados.



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

P-1416

LA INFECCIÓN POR GRIPE A (H3N2) NO CONDICIONA UNA MAYOR GRAVEDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL DE ORIGEN VÍRICO ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS

G García Estrada, D Cueto Suárez, R Pérez Caserío,
M García Estrada, C Corugedo Ovies, R Sánchez Rodríguez,
M Gordo Bravo

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: gripe-fiebre-paciente grave

OBJETIVOS:

Determinar la influencia de la infección por Gripe A en la gravedad de los pacientes con síndrome febril de origen vírico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de pacientes con síndrome febril sospechoso de origen vírico durante los meses de invierno, se excluyeron aquellos con evidencia de infección bacteriana. Variables: edad, sexo, EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, embarazo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tabaquismo, ingreso < 1 mes, ingreso UVI, saturación oxígeno, temperatura, leucocitos, PCR, necesidad de ventilación, uso de antibióticos, uso de aminos, PCR gripe A, procalcitonina, PCR. La gravedad se definió como al menos una de los siguientes: exitus durante el ingreso, necesidad de aminos, de ventilación mecánica o ingreso en UVI.

RESULTADOS:

Se incluyeron 399 pacientes de los que tenían PCR positiva para Gripe A 243 (61%). Cumplían criterios de gravedad 46 (19%) de los gripe A positiva y 42(27%) gripe A negativa, $p = 0,056$. No había diferencias entre los dos grupos de gravedad en ninguno de los factores de riesgo, los pacientes mas graves recibían un mayor porcentaje de antibióticos 81,8% vs. 60,5% ($p < 0,001$) La frecuencia cardiaca en los no graves era 90,52 (19,71) y en los graves 100,14(20,79) ($p < 0,0001$). Los niveles de PCR eran 6,86 (8,02) en no graves y de 11,58 (14,78) en graves ($p < 0,0001$), y la procalcitonina en los no graves era 1,15 (3,01) y en graves 4,96 (15,22) con una $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

La infección por gripe A no condiciona una mayor gravedad en los pacientes con síndrome febril de probable origen vírico. A pesar de no tener evidencia de infección bacteriana los pacientes que cumplían criterios de gravedad reciben antibióticos en un porcentaje alto. No aparecen diferencias entre los dos grupos en los factores de riesgo típicos.

P-1428

SEPSIS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS

R Viciano Garrido, A Estella García, L Fernández Ruiz,
L Pérez Fontañá

Hospital Jerez de la Frontera (SAS). Cádiz

PALABRAS CLAVE: sepsis-oncohematológicos-urgencias

OBJETIVOS:

Los objetivos del estudio son describir el perfil clínico de pacientes con antecedentes médicos de patología oncohematológica con criterios de sepsis y comparar el pronóstico con respecto a pacientes inmunocompetentes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo realizado en un servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel durante un periodo de 12 meses. Se incluyeron pacientes con criterios de sepsis ingresados en UCI. Las variables analizadas fueron, edad, sexo, motivo de ingreso, estancia en UCI, días en ventilación mecánica, Apache II y terapias requeridas durante el ingreso. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v19.

RESULTADOS:

44 pacientes fueron analizados. Las características clínicas comparándose en base a la existencia o no de patología oncohematológica se describen en la tabla 1. Oncohematológicos n:8 Inmunocompetentes n: 36 Edad (mediana,rango) 66,5 [39-77] 66 [23-80] APACHE II al ingreso UCI* 29 [8-37] 17,5 [7-41] Estancia UCI 4,5 [1-14] 5 [1-65] Láctico mg/dl* 44,4 [19,5-151,8] 20,4 [7,4-112] Sexo H/M 50%/50% 44,4%/55,6% Mortalidad 37,5% 27,8% Ventilación mecánica 62,5% 72,2% Aminos 87,5% 82,9% * $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Los pacientes oncohematológicos con criterios de sepsis presentaron un índice de gravedad mayor al ingreso y niveles de láctico significativamente mayores que los pacientes inmunocompetentes. Se observó una mayor mortalidad en los pacientes sépticos oncohematológicos.



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

P-1434

MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE UN BROTE DE SALMONELOSIS DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

D Rosillo Castro, VA Jiménez Garzón, D Fernández Garrido,
C Hernández Martínez, R López Valcarcel, MP Egea Campoy,
MD Pascual Muñoz

Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia

PALABRAS CLAVE: salmonella-epidemiología-gastroenteritis

OBJETIVOS:

Analizar un brote de Salmonella y su manejo, detectado en Nuestro servicio de Urgencias destacando la importancia de la notificación precoz para la activación del sistema de vigilancia epidemiológica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, retrospectivo. Pacientes atendidos por gastroenteritis, cuales eran del área del brote, sexo, edad, clínica, resultados analíticos, tratamiento en urgencias y al alta, y destino al alta del servicio. Así como fue la identificación del brote y su manejo desde el servicio.

RESULTADOS:

De los 350 pacientes atendidos por Gastroenteritis entre 15 septiembre y 25 octubre de 2016, 68 corresponden al brote de Salmonelosis de un pueblo de nuestra área de salud. El pico máximo de pacientes del 85%, fue entre 26 septiembre y 5 octubre. 61,8% eran mujeres. El más pequeño 9 meses y el mayor 95. 44,1% eran menores de edad. Clínica: 100% diarrea, 69,1% fiebre, 52,9% dolor abdominal y 41,2% vómitos. Se realizó analítica al 83,8 %, aumento de creatinina: 24,1%, PCR elevada: 87,8%, sin leucocitosis 91,7%. Se solicitó coprocultivo al 75%, todos positivos a Salmonella Enteritidis. Tratamiento en urgencias, Sueroterapia 76,5%, analgesia 48,6%, butiles-copolamina 17,6%, antieméticos 19,2%. Alta desde boxes: 77,9%, ingresaron 14,7%. Tratamiento al alta: Consejos de dieta 98,5%, suero oral 63,2%, probióticos 61,8%, paracetamol 61,8%, butiles-copolamina 16,2%, antieméticos 18,3%. Antibióticos: 37,1%, el más usado ciprofloxacino: 50,1%. El 28 septiembre se tuvieron los primeros datos de Coprocultivo positivo a Salmonella desde el Servicio de Microbiología y junto con ellos se dio aviso a control epidemiológico que inició el proceso de investigación. Al final el foco fue localizado en una carnicería de ese pueblo por salchicha seca.

CONCLUSIONES:

Dado la importancia de las consecuencias de las toxiinfecciones alimentarias es imprescindible que los médicos de los servicios de urgencia comuniquemos la sospecha de un brote lo más rápido posible, en nuestro caso al tener los primeros coprocultivos positivos, los cuales se comenzaron a solicitar ante la alta sospecha de brote: se realizaron a 1 de cada 4 pacientes.

P-1435

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EPIDIDIMITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Muñoz Galindo, J García Criado, I Corbacho Cambero, J Naranjo Armenteros, R Lozano Mejorada, S de Francisco Andrés, C Gil Castillo

Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: epididimitis-terapéutica-urgencias médicas

OBJETIVOS:

1. Conocer el perfil del paciente con diagnóstico de epididimitis-orquiepididimitis. 2. Analizar su manejo en términos de exploración física realizada, pruebas complementarias solicitadas, tratamiento antibiótico y actuación al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

1. Revisión de los informes de asistencia presentes en programa ?Ji-mena? de Sacyl con el diagnóstico de ?Epididimitis-Orquiepididimitis? durante el año 2015. Análisis estadístico mediante Microsoft Excel.

RESULTADOS:

1. Durante el año 2015 se diagnosticaron 102 casos. De ellos, el 47% por debajo de los 35 años. El 55,9% de todos los pacientes procedían del mundo rural. En el 51% la clínica afectaba al testículo izquierdo. 2. Solamente un paciente presentaba hipotensión arterial, 3 (2,9%) frecuencia cardíaca elevada y 8 (7,8%) temperatura superior a 37°C. En los que se realizó analítica 47,4% presentaba leucocitosis y el 53,7% PCR elevada. En el 53,9% se realizó ecografía testicular. 3. De manera explícita, figuraba en la historia la pregunta por relaciones sexuales de riesgo en el 13,7% de los casos. Y en la exploración se explicitaba el Signo de Prehn y el Reflejo Cremastérico en el 26,5% y 13,7% respectivamente. 4. Al 86,3% le fue pautado tratamiento antibiótico. El 36,3% fue derivado al Servicio de Urología y el 11,8% ingresó a su cargo.

CONCLUSIONES:

1. El perfil del paciente se corresponde con un varón de más de 35 años procedente del medio rural y con buen estado general. 2. Para su diagnóstico se realiza en la mayor parte de los casos analítica de sangre y orina y ecografía testicular, siendo dado de alta con antibiótico y con control por su médico de Atención Primaria.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1445

IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA REGLA DE DETECCIÓN PRECOZ DE SEPSIS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

JM Maujo Fernández (1), I Rancaño García (1), L Antuña Montes (1), E García Prieto (2), JA Gonzalo Guerra (2), P Rubianes Fernández (1), P Herrero Puente (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias.

PALABRAS CLAVE: sepsis-mortalidad-historia clínica electrónica

OBJETIVOS:

OBJETIVO. Determinar el efecto de instaurar una regla de detección precoz de sepsis en urgencias, en mortalidad intrahospitalaria por esta patología.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

MATERIAL Y METODOS. Estudio descriptivo transversal retrospectivo de pacientes diagnosticados de sepsis entre febrero de 2016 y enero de 2017. Variables: edad, sexo, antecedentes de EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, diabetes, datos del episodio agudo, pruebas complementarias, tiempos de instauración del tratamiento antibiótico y activación de la regla de Código Sepsis. La activación se produce si aparece temperatura $>38,3^{\circ}\text{C}$ o $<35,5^{\circ}\text{C}$ mas al menos uno de: alteración del nivel de conciencia, frecuencia cardiaca >100 lpm, PAS <90 mmHg o frecuencia respiratoria >30 rpm. Variable resultado: mortalidad intrahospitalaria. Analisis estadístico: Se realizó con R-project y se compararon proporciones mediante Ji-cuadrado y medias mediante T-student.

RESULTADOS:

Se activó la alerta en 1781 pacientes (4,5 pacientes/día) y se aceptó en 129 (7,2%). Tuvieron diagnóstico de sepsis 202 pacientes, de ellos en 117 (57,9%) se activó la alerta y se aceptó en 104 (51,5% de pacientes con sepsis y 88,9% de pacientes en los que se activó). El 13,6% con activación de la regla recibe la primera dosis de antibiótico en la primera hora vs. 8,2% de los que no se activó ($p = 0,004$). De los que se acepta el 31,7% lo recibe en las primeras 2 horas vs. el 21,4% de los que no ($p = 0,002$). No había diferencias en mortalidad intrahospitalaria entre los que reciben antibioterapia de forma precoz ($p = 0,90$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 6,8% en los que se activa la regla vs. 24,7% en los que no se activa ($p < 0,001$) y entre los que se activó, la mortalidad entre los que se aceptó fue del 5,6% vs. el 15,3% de los que no se aceptó ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

La HCE ofrece una oportunidad importante de establecer alertas para identificación precoz de patologías tiempo-dependientes. Una alerta de la posible presencia de sepsis en pacientes de urgencias aumenta el porcentaje que reciben antibioterapia precoz y disminuye de forma significativa la mortalidad intrahospitalaria.

P-1483

PREVALENCIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS EN EL PERIODO DE 2015 ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

A Muñoz Ruiz, R Cenjor Martín, B Baamonde, O Potenkina, I Lobo Cortizo, M Gordo Bravo, JJ Gil Román

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: enfermedad tromboembólica venosa-diagnóstico-servicios de urgencias

OBJETIVOS:

Evaluar la prevalencia de tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA), en pacientes con sospecha diagnóstica que acudieron al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel durante el año 2015, y analizar los diagnósticos diferenciales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio epidemiológico observacional descriptivo de los pacientes con criterios clínicos de TEPA a los que se realizó un angioTC. Se consideró caso de TEPA aquel que presentara angioTC positivo. Se recogieron los diagnósticos dados por los informes radiológicos que incluyen infección respiratoria, insuficiencia cardiaca y procesos neoplásicos. Se realizó el análisis estadístico mediante programa SPSS.

RESULTADOS:

Se solicitaron 944 TC, resultando positivos a TEPA 240 (24,25%, I.C.95%: 19,9%-30,9%). Los 704 diagnósticos restantes correspondieron a insuficiencia cardiaca (IC) (23,3%), infecciones respiratorias (18,7%) y tumores (14,5%). También se obtuvieron estudios normales en un 41% del total (396 casos). El porcentaje de infección respiratoria en los TEPA (4,6%) así como de IC (7,5%) es significativamente inferior respecto a los no TEPA (14,1% y 15,8% respectivamente) con una $p < 0,001$. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre TEPA y tumores pulmonares (6,7% frente a 7,8%) con una $p = 0,671$.

CONCLUSIONES:

Una cuarta parte de los pacientes en los que se sospecha un TEPA se confirma tras la realización de TC, lo que indica un buen rendimiento de la sospecha clínica. Menos de la mitad de los pacientes tenían un angioTC estrictamente normal. De los diagnósticos que coexisten con el TEPA, la infección respiratoria y la IC son los más prevalentes.





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

P-1485

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES URINARIAS.
¿PODEMOS SEGUIR PRESCRIBIENDO FOSFOMICINA?

L Manclús Montoya, M Cuenca Torres, V Pérez Doñate, J Jover García,
JL Ruiz López, O Martínez Macías

Hospital Universitario de La Ribera. Alcira, Valencia

PALABRAS CLAVE: emergency medical services-drug prescription-fosfomicine

OBJETIVOS:

Conocer los niveles de resistencia de *Escherichia coli* a fosfomicina en muestras de orina procedentes de un Servicio de Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en el Servicio de Urgencias del HULR entre los años 2013-16. Se estudiaron todas las peticiones procedentes de este servicio de muestras de orina micción espontánea, orina punción suprapúbica, orina sonda vesical y orina uretral. La fuente de información para la recogida de los datos fueron las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el periodo de estudio y los registros de los resultados de los antibiogramas procedentes del servicio de microbiología.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 3490 peticiones: 750 en 2013, 857 en 2014, 958 en 2015 y 925 en 2016 en su mayoría de pacientes del sexo femenino (67,62%) y de muestras de orina micción espontánea (92,63%). Los porcentajes de resistencia de *Escherichia coli* a fosfomicina fueron del 5,86% en 2013, 3,38% en 2014, 5,11% en 2015 y 3,35% en 2016.

CONCLUSIONES:

La fosfomicina puede seguir empleándose como tratamiento empírico de elección en las infecciones urinarias en los servicios de urgencias teniendo en cuenta el ambiente microbiológico local y los factores de riesgo de cada paciente.

P-1494

USO DE ESCALAS PRONÓSTICAS Y DE GRAVEDAD EN
PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

N Bejarano Rivera (1), J Altimiras Roset (1), L Segura Martín (2),
V Arribas Peña (2), A Franquesa Novellademunt (3), M Holden
Hernández (3), A Pérez García (3)

(1) Hospital Universitario de Vic. Barcelona. (2) Institut Català de la Salut (ICS).
(3) Associació Catalana d'Entitats Associatives (ACEBA)

PALABRAS CLAVE: neumonía-pronóstico-riesgo

OBJETIVOS:

Determinar el uso, cálculo correcto y destinación con las EPG. Analizar las características adicionales que influyen en el destino de pacientes. Calcular el pronóstico a 30 días.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo en pacientes >14 años atendidos en urgencias con diagnóstico de NAC durante 2014 en el Hospital de Vic (Barcelona). Las EPG se calcularon usando (www.samiuc.es).

RESULTADOS:

Se analizaron 432 pacientes con NAC. Las EPG fueron usadas en el 34,1%. El 53% fueron correctamente calculadas para FINE y 25% para CURB65. De los 146 pacientes en que se utilizó el FINE, el 60% con destino inicial domiciliario fueron hospitalizados, el 81,8% de los que tenían el destino la UO (Unidad de observación) fueron a MI (Medicina interna) y el 87% de los que tenían destino MI, probable UCI (Unidad de cuidados intensivos), fueron hospitalizados a MI. Ningún paciente fue destinado en domicilio ni UCI. Al recalcular las EPG, el 25% con destino inicial domicilio deberían haber sido hospitalizados, el 61% con destino inicial UO y el 89% con destino MI, probable UCI, deberían haber sido ingresados a MI-UCI. La inmunosupresión estuvo presente en un 7% y 3%, la afectación multilobar en un 14% y 10% y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un 14% y 12% en las NAC de alto y bajo riesgo respectivamente ($p < 0,05$). La mortalidad a los 30 días fue del 10,6%.

CONCLUSIONES:

Se usaron las EPG en 1 de cada 3 pacientes, fueron correctamente calculadas en la mitad de los casos para PSI y un 25% para CURB65. Considerando los cálculos de las EPG, menos de la mitad de los pacientes con destino inicial domicilio o UO hubieran ingresado y la mitad de los que ingresaron en MI, hubieran ingresado a UCI. La inmunosupresión, afectación multilobar y la EPOC influyen en la necesidad de ingreso hospitalario. La mortalidad a 30 días de este estudio fue similar a la española (10-14%).





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

P-1505

RESURGIR DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS QUE ENTRAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS SOBRE TODO EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE, EN NUESTRO MEDIO

MP Díaz Fernández, T Benavent Company, G de los Santos Gamarra, A Pérez Martínez, R Hueso Picazo, JJ Salgueiro Ruiz, FJ Salvador Suárez

Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia

PALABRAS CLAVE: tuberculosis-servicio de urgencias-inmigración

OBJETIVOS:

Presentar 4 casos clínicos que han entrado en nuestro Servicio como ejemplo de los pacientes que podemos encontrarnos en nuestra asistencia diaria.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el último mes.

RESULTADOS:

Presentamos 4 pacientes con Tbc activa, los 4 eran varones, entre 30 y 50 años de edad, 3 de ellos fumadores, 2 de ellos de nacionalidad rumana, 1 proveniente de Portugal y el 4º español de etnia gitana, en uno de los casos afecto de parálisis cerebral infantil hemipléjica, siendo el síntoma inicial de consulta tan variado como dolor torácico, tos, adenopatías cervicales o desorientación en vía pública.

CONCLUSIONES:

Cuando la forma activa aparece, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, hemoptisis, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves durante muchos meses hasta que el paciente llega a consultar en un Servicio de Urgencias en múltiples ocasiones. Aunque España está considerada un país de baja incidencia con tasa inferior a 20 casos por 100.000 habitantes, incluso la incidencia ha disminuido, pero a un ritmo menor de lo esperado encontrando un aumento de casos que se detectan en nuestros Servicios de Urgencias con aumento del número de casos de Tbc que han nacido fuera de España.

P-1515

SITUACIÓN BASAL DE PACIENTES CON EPOC QUE AGUDIZAN

A Giménez Valverde, JM Real Campaña, B Gros Bañares, A Herrer Castejón, J Velilla Moliner, AC Cabistany Esque, R Martínez Herráez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: EPOC-enfermedad pulmonar obstructiva crónica-neumopatía obstructiva crónica

OBJETIVOS:

Evaluar la situación basal de los pacientes que presentan agudización de su EPOC y acuden a un Servicio de urgencias hospitalario.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron los pacientes con agudización de su EPOC que acudieron a Urgencias durante 3 meses. Se valoró FEV1, la disnea (cuestionario mMRC), los síntomas (cuestionario CAT), la historia de exacerbaciones y el tratamiento basal. Se analizó mediante el programa SPSS, determinando prueba de chi-cuadrado de pearson, razón de verosimilitud, asociación lineal por lineal.

RESULTADOS:

Se incluyeron 107 pacientes, el 77,6% hombres, el 48,6% presentaron menos de 2 exacerbaciones sin ingreso, el 51,4% presentaron > de 2 exacerbaciones o ingresaron. En el cuestionario CAT el 99,1% tuvieron más de 10 puntos. El 99,1% tuvo un mMRC > 2. La herramienta ABCD el 50,5% pertenecieron al grupo D, el 48,5% al B. No hubo ningún paciente dentro del C. El fenotipo más frecuente en el grupo D fue el enfisematoso 67,7%, en el B el tipo bronquitis crónica 56,7%. El tipo epoc/asma se repartió entre ByD al 50%,. En el fenotipo agudizador el 100% pertenecía al D y el 61% de los no agudizadores al B. En cuanto al FEV1 los tipos GOLD 3-4 en un 75% y un 66,2% pertenecieron al grupo D. El 9,6% total de pacientes estaban tratados con un LAMA, el 10,6% (LAMA/LABA) y el 79,8% con terapia combinada. En el grupo D el 8,2% se trataron con LAMA el 12,2% con LAMA/LABA y el 52,5% con terapia combinada. En el grupo B se trataron con LAMA el 11,4% con LAMA/LABA el 9,1% y el 46,72% con terapia combinada.

CONCLUSIONES:

La herramienta ABCD es un sistema fácil y cómodo para estratificar nuestros pacientes. La mayor parte de los pacientes del grupo B están sobretratados en fase estable, lo que podría abrir debate al ser el grupo que presenta menos agudizaciones o no requieren ingresos.





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

P-1520

PAPEL DE LOS ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN PROLONGADA EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC

A Giménez Valverde, JM Real Campaña, A Herrer Castejón,
B Gros Bañeres, J Velilla Moliner, E Bustamante Rodríguez,
B Casado Ramón

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: EPOC-enfermedad pulmonar obstructiva crónica-neumopatía obstructiva crónica

OBJETIVOS:

Valorar el uso de los nuevos anticolinérgicos de acción prolongada frente al tratamiento clásico (tiotropio) en relación a la disnea (cuestionario mMRC) y síntomas (cuestionario CAT).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron los pacientes con agudización de su EPOC que acudieron a Urgencias durante 3 meses. Se valoró FEV1, la disnea (cuestionario mMRC), los síntomas (cuestionario CAT), la historia de exacerbaciones y el tratamiento basal. Se analizó mediante el programa SPSS, determinando prueba de chi-cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud, asociación lineal por lineal.

RESULTADOS:

Se incluyeron 107 pacientes, el 77,6% hombres.. En el cuestionario CAT el 99.1% tuvieron más de 10 puntos. El 99.1% tuvo un mMRC ≥ 2 . Con mMRC 0-1 el 100% estaban tratados con nuevos anticolinérgicos, con mMRC ≥ 2 el 61% con tiotropio (chi-cuadrado 1,534). Con CAT >10 el 59.8% estaba tratado con tiotropio. con CAT <10 el 60,2% estaba tratado con tiotropio (chi-cuadrado 0,668).

CONCLUSIONES:

El uso de nuevos anticolinérgicos de acción prolongada es más frecuente en paciente con menor grado de disnea. NO existen diferencias significativas entre el uso del tratamiento clásico y los nuevos anticolinérgicos en pacientes con mMRC ≥ 2 ni en cuanto a los síntomas evaluados por el cuestionario CAT.

P-1522

COMPARACIÓN DE QUICK SOFA Y CRITERIOS DE SEPSIS CONVENCIONALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE URGENCIAS CON INFECCIÓN DOCUMENTADA

MA Rivera Núñez, CH Maroud Eid, A González Sanchiz,
R Torres Santosolmo, AM Martínez Vito

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: sepsis-quick SOFA-shock séptico

OBJETIVOS:

Comparar la evolución desfavorable, definida como requerimiento de ingreso en UVI o fallecimiento, en el curso de un cuadro infeccioso según los criterios convencionales de sepsis, sepsis grave y shock séptico con la capacidad predictiva del quick SOFA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con infección documentada con criterios de sepsis que acuden a la Urgencia del Hospital La Paz desde Julio hasta diciembre 2016.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 91 pacientes. 53,8% eran mujeres. Edad media $64,88 \pm 21,3$ años. Comorbilidades: 51,6% HTA, 29,7% enfermedad oncológica, 26,4% enfermedad cardiovascular. 11% ingresó en UVI y 72% en sala convencional, 12,1 % falleció durante el ingreso. Localización de la infección: 34,1% urinario, 33% respiratorio y 27% abdominal. 58,2% presentó un qSOFA ≥ 2 . Criterios convencionales: 64,8% presentó criterios de infección, 26,4% de sepsis grave y 8,8% shock séptico. 15 % de los pacientes con qSOFA ≥ 2 ingresaron en UVI vs. 5,3% de los pacientes con qSOFA < 2 ($p = 0,139$), y presentaron una mortalidad del 13,2% vs. 10,5% de los pacientes con qSOFA < 2 ($p = 0,699$). El 12,5% de los pacientes con sepsis grave requirieron ingreso en UVI ($p = 0,783$) y presentaron una mortalidad de 29,2% vs. 6% de los pacientes sin sepsis grave ($p = 0,003$, OR 2,99 95% IC 1,62-5,53). De los pacientes con shock séptico, el 33% ingresó en UVI ($p = 0,024$, OR 4,05 IC 95% 1,195-13,72) y presentaron una mortalidad de 22,2% ($p = 0,320$).

CONCLUSIONES:

En nuestra cohorte, un qSOFA ≥ 2 no identificó pacientes con mayor requerimiento de ingreso en UVI ni mayor mortalidad. Los pacientes con sepsis grave/shock séptico requirieron más ingresos en UVI y presentaron mayor mortalidad. Es necesario más estudios que evalúen la capacidad de distintos instrumentos para identificar precozmente a los pacientes de urgencias que en el curso de una infección pueden agravarse.





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

P-1526

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO Y SU DIFERENCIA ENTRE EDAD Y SEXO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) DURANTE 2015

A Muñoz Ruiz, L Siris González, R Cenjor Martín, M Gordo Bravo, L López Menéndez, D Cuetos Suárez, JJ Gil Román

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: enfermedad tromboembólica venosa-diagnóstico-servicios de urgencia**OBJETIVOS:**

Evaluar la prevalencia de TEPA, en pacientes atendidos en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, con sospecha diagnóstica, y realizándoles una angiografía pulmonar con TC helicoidal (angioTC), para su confirmación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo transversal de los pacientes a los que se les realizó un angioTC ante la sospecha de un TEPA como origen de su sintomatología, durante las fechas comprendidas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015. Variables: Edad y sexo, variables de sospecha clínica, resultados del angioTC. Análisis estadístico: se realizó una comparación de proporciones mediante la Ji- Cuadrado y de medias mediante la T-student.

RESULTADOS:

Se incluyeron 944 pacientes a los que se les solicitó un angioTC ante la sospecha de TEPA, esto supone 9,34 angioTCs por 1000 pacientes/año atendidos en urgencias. El 55% eran mujeres y tenían una edad mediana de 77 (rango 18-97 años) sin diferencias entre hombres y mujeres. Al relacionar la variable sexo con el diagnóstico de TEPA frente a no TEPA, no encontró diferencias estadísticamente significativas. TEPA+: hombres 106 (44.2%), mujeres 134 (55.8%). TEPA-: hombres 316 (44.9%), mujeres 388 (55.1%) con una $p > 0.001$.

CONCLUSIONES:

El TEPA es una patología grave, cuyo diagnóstico precisa un angioTC para su confirmación. Se observa que uno de cada 4 pacientes con sospecha clínica a los que se les realiza un TC, éste es positivo. No hay diferencias en sexo y en edad entre los pacientes con diagnóstico final de TEPA y aquellos con otros diagnósticos.

P-1530

ROJO POR ARRIBA, BLANCO POR ABAJO

D Brau Queralt, M Muro Fernández, MJ Noguera Marín, P Saez Bueno, E de Pablo Matesanz, A Gutiérrez García, A Conesa Guillén

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: trombosis-síndrome-vena cava superior**OBJETIVOS:**

Realizar el diagnóstico clínico de esta urgencia médica con celeridad para poder instaurar el tratamiento empírico precozmente y posteriormente buscar la entidad etiológica del cuadro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente varón de 71 años con antecedentes de adenocarcinoma de sigma con metástasis pulmonares (una de ellas en lóbulo superior derecho) e insuficiencia renal crónica estadio III-IV. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro con cuadro clínico progresivo de 1 mes de evolución consistente en disnea, ortopnea, plétora facial, edema en esclavina y disfonía.

RESULTADOS:

Inicialmente se instauró tratamiento médico empírico con oxigenoterapia, corticoterapia y diuréticos. Se realizó TC sin contraste negativo para SVCS. Posteriormente se realizó Eco-Doppler de TSA y MMSS en que se observó una imagen hipocogénica en vena yugular interna a nivel proximal. Tras el resultado anterior se realizó, previo tratamiento renoprotector, angio-TC de torax en que se objetivó un defecto de replección en la porción más craneal de la vena cava superior así como en todo el trayecto visualizado de la vena yugular interna derecha sugerente de trombosis a dicho nivel. Por tanto, se concluyó como diagnóstico: Síndrome de vena cava superior secundario a trombosis venosa profunda de vena yugular interna derecha, iniciándose anticoagulación.

CONCLUSIONES:

Ante una clínica típica de una urgencia médica como es el SVCS lo prioritario es la instauración del tratamiento empírico. Sin embargo debemos continuar el estudio hasta hallar la entidad etiológica del cuadro, puesto que esta puede modificar el tratamiento.





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

P-1542

ÉMBOLOS SISTÉMICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

R Moyano García, A Cobos Requena, MJ Moyano Pulido,
JM Concha Jarava, JA de Burgos Marín

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: infarto renal-infarto esplénico-trombosis mesentérica

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es establecer el diagnóstico diferencial de las posibles causas de dolor en hipogastrio como son: cólicos nefríticos, infecciones de orina, apendicitis aguda, diverticulitis aguda,... que requieran un tratamiento urgente por nuestra parte

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó analítica con hemograma, bioquímica y coagulación cuyos parámetros se encontraban dentro de los valores normales, EKG en ritmo sinusal sin otros hallazgos de interés y radiografías de tórax y abdomen que fueron así mismo normales. El paciente se encontraba con buenas constantes, buen aspecto y afebril. A la exploración física no destaca nada salvo el dolor localizado en hipogastrio y FID que no mejoraba con analgesia.

RESULTADOS:

Dada la persistencia del dolor a pesar de analgesia se decidió solicitar TAC abdominal con contraste por sospecha de apendicitis aguda larvada en paciente diabético. Éste describe un riñón izquierdo con hipodensidad parcheada periférica en relación con infarto renal, también se observa un infarto esplénico así como defectos de repleción en arteria renal, esplénica y mesentérica. No defectos de repleción en sistema venoso. En los cortes de tórax se observa defecto de repleción en ápex cardiaco, lo que podría corresponder con trombo a este nivel que justificase el resto de los hallazgos. Se realizó ecocardiografía donde se observó un VI dilatado con acinesia anteroseptal y disfunción moderada-severa, sin valvulopatías ni imágenes sugestivas de endocarditis y se confirma la existencia de un trombo a nivel de ápex móvil y bien definida. Se decidió ingreso en Cardiología donde se inició tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIONES:

La existencia de patología isquémica como causa de dolor abdominal, ya sea intestinal o de cualquier otra víscera abdominal, es relativamente frecuente en los servicios de urgencias y deberíamos de tenerla siempre presente en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal, sobretudo en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y/o antecedentes isquémicos.

P-1549

MODELO PREDICTIVO, DE RIESGO INDIVIDUAL, PARA EL DESARROLLO DE TOXICIDAD HEMATOLÓGICA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON LINEZOLID

F Beddar Chaib (1), MI Perea Casado (1), V Rodríguez Neira (1),
M Gonzalvo Navarro (1), D Redondo Domínguez (1),
MC Trujillo Fox (1), S Hernández López (2)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) Centro de Salud Cea Bermúdez. Madrid

PALABRAS CLAVE: linezolid-toxicidad hematológica-trombocitopenia

OBJETIVOS:

Realizar un modelo predictivo de TH en pacientes tratados con LZD.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohorte retrospectiva en el que se incluyeron pacientes tratados con LZD al menos durante 5 días durante 2015 en el Hospital Clínico San Carlos. Se excluyen pacientes ingresados en cuidados intensivos y fallecidos en los primeros 7 días de tratamiento. Se recogieron datos demográficos, analíticos, clínicos, comorbilidades, duración de tratamiento, causa de fin de pauta y mortalidad a los 30 días. La variable principal de resultado fue el desarrollo de TH definida como un descenso del 25 % de recuento plaquetario basal. Se generó un modelo predictivo de TH de mediante un análisis de regresión logística. Se construyeron curvas ROC para el modelo ajustado calculándose el área bajo la curva (AUC) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) así como las odds ratio (OR) con IC95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0 software.

RESULTADOS:

549 pacientes fueron incluidos, con una edad media de 73,3 (DE 15,4) años. 303 (55,2%) eran varones. 175 (30,1%) pacientes desarrollaron TH. El modelo final, basado en las variables independientemente asociadas a TH, incluyó la presencia de plaquetas basales < 90,000/mm³ (8 puntos), insuficiencia renal (2 puntos), enfermedad hepática (2 puntos) y enfermedad cerebrovascular (2 puntos). El modelo mostró un AUC de 0.711 (IC95% (0.664- 0.757), p < 0.001) para predecir el desarrollo de TH. La probabilidad de desarrollar TH es de 6,2%, 29,9% y 76,5% en pacientes de bajo (0-4 puntos), intermedio (5-10 puntos) o alto (> 10 puntos) riesgo, respectivamente.

CONCLUSIONES:

El modelo predictivo mostró una buena precisión para identificar pacientes en riesgo de desarrollar TH con LZD, y en los que sería necesario prescribir un antibiótico empírico distinto a éste cuando sea preciso realizar una cobertura de Gram positivos resistentes.





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

P-1559

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO
DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA EVOLUCIÓN
DE LOS PACIENTES CON MALARIA IMPORTADA

A Steinherr Zazo (1), A Esquerrà Molas (1), A Smithson Amat (2),
LI Valerio Sallent (3), G Fernández Rivas (1), JM Mòdol Deltell (1)

(1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. (2) Hospital Esperit
Sant. Barcelona. (3) PROSICS Metropolitana Nord

PALABRAS CLAVE: malaria-gravedad-mortalidad

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo observacional multicéntrico (un centro de atención al viajero, centros de atención primaria, un hospital de segundo nivel y un hospital de tercer nivel), de los casos diagnosticados de malaria durante un periodo de 10 años (2007-2016). Se incluyen datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y evolutivos. Se comparan las formas de presentación graves y las no graves.

RESULTADOS:

Se incluyen 190 episodios de malaria en 187 pacientes. El 19,5% de los pacientes cumplían criterios de severidad: parasitemia > 4% (10%), coagulopatía (5,3%), hiperbilirrubinemia (3,7%), edema agudo de pulmón (1,6%), insuficiencia renal (1,6%), convulsiones (0,5%) y coma (0,5%). El 37,4% recibió quinina y el 32,6% atovaquona. Requirieron hospitalización el 49,4% e ingreso en UCI el 2,6%. El 1,6% presentaban alguna complicación al alta, que en todos los casos estaba resuelta a los 30 días. La mortalidad fue del 0%. Se ha observado asociación a presentación grave en el sexo masculino (79,4% vs. 60,9%, $p = 0,04$), la destinación del viaje a África (97,1% vs. 69,9%, $p = 0,02$) y el ser turista (14,7% vs. 1,9% $p < 0,001$). Por el contrario, los inmigrantes estaban más representados en el grupo de los no graves (73,5% vs. 89,1%, $p = 0,01$).

CONCLUSIONES:

- La implementación de un protocolo para el diagnóstico y el tratamiento de la malaria se acompaña de una mortalidad nula en un periodo de 10 años. - Las formas de presentación graves se asocian a sexo masculino, destinación a África y el no ser inmigrante.

P-1561

MALARIA: CAMBIOS EVOLUTIVOS EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

A Esquerrà Molas (1), J Mòdol (1), G Fernández (1), N Robert (1),
S Roure (2), L Valerio (2)

(1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. (2) PROSICS
Metropolitana Nord

PALABRAS CLAVE: malaria-plasmodium vivax-atovaquona

OBJETIVOS:

Analizar los cambios clínico-epidemiológicos de la malaria importada en nuestra área en un periodo de 10 años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo observacional multicéntrico (un centro de atención al viajero, un hospital de segundo nivel, un hospital de tercer nivel y centros de atención primaria), de los casos diagnosticados de malaria durante un periodo de 10 años (desde 2007 hasta 2016). Se incluyen datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos y se establecen dos periodos: I (2007-2011) y II (2012 a 2016).

RESULTADOS:

Se incluyen 190 casos, 72 en periodo I y 118 en periodo II. No se observan diferencias entre ambos periodos en edad media (32 años, DE 13,8), sexo (63,7% hombres), presencia de factores de riesgo (4,2%), porcentaje de inmigrantes (84,3%), consejo al viajero previo (13,7%), indicación de quimioprofilaxis (10%), severidad (19,5%), complicaciones al alta (1,6%), evolución favorable a los 30 días (100%) y mortalidad (0%). En el segundo periodo se ha incrementado de forma significativa: la incidencia (de 0,36 a 0,58 casos/10.000 habitantes/año, $p < 0,001$), la etiología por *P. vivax* (de 8,3% a 32,2%, $p < 0,001$), en viajeros procedentes del Indostán (de 8,3% a 33,9%, $p < 0,001$), en viajes de negocios (1,4% vs. 8,5%, $p = 0,04$) y el tratamiento con Atovaquona (de 23,6% a 38,1%, $p = 0,003$). Se ha observado una tendencia a hacer viajes más prolongados, > 30 días, (78,5% vs. 64,8%, $p = 0,07$).





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

P-1597

DESPLAZAMIENTO SISTÓLICO DEL ANILLO TRICUSPÍDEO (TAPSE) COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD COMPARADO CON EL ANGIO-TAC EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

D Torresano López, I Sanlés González, P Hernández Martínez, H Molina Llorente, A Revert Cogollos, P Garmilla Ezquerro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-ecocardiografía-tomografía

OBJETIVOS:

Este estudio pretende comparar la valoración de sobrecarga de ventrículo derecho (VD) mediante angio-TAC frente al TAPSE medido mediante ecocardiografía como factores predictores de mortalidad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizaron 307 pacientes con tromboembolismo pulmonar sin datos de shock. Se analizó retrospectivamente la relación de VD/VI mediante angio-TC descrita en la historia clínica por el radiólogo, y el TAPSE (<16 mm y <24 mm) mediante ecocardiografía realizada por cardiología como predictores de mortalidad en el TEP en las primeras 48 horas.

RESULTADOS:

La mortalidad en los primeras 48 horas fue un 1,95%. TAPSE <24 mm (Sensibilidad (S): 100%, Especificidad (E): 67,1%), TAPSE <17 mm (S: 100%, E: 74,4%), angio-TC (S: 66,7%, E: 70,9%), el área bajo la curva (AUC) del TAPSE como predictor de mortalidad (0,904, $p < 0,001$). No hubo diferencias en la mortalidad en la distribución por edad ni sexo.

CONCLUSIONES:

El TAPSE <16 mm como indicador de disfunción de VD podría ser un buen predictor de mortalidad en los pacientes con TEP en situación de estabilidad hemodinámica. La valoración del TAPSE mediante ecocardiografía a pie de cama en urgencias podría ayudarnos a la hora de detectar los pacientes con mayor riesgo de mortalidad. Otros estudios son necesarios para confirmar dichos resultados.

P-1615

CALIDAD DE LA PROFILAXIS PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y EVALUACIÓN DE SU RIESGO

P Vidal Navarro, C de Jesús Pérez, YE Mejías Sánchez, E Martínez Lerma, MD González Navarro

Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: trombosis-control de calidad-emergencias

OBJETIVOS:

Objetivo principal: evaluar el riesgo de enfermedad tromboembólica y de sangrado en los pacientes ingresados desde el servicio de urgencias hospitalario (SUH) al servicio de medicina interna (SMI) para analizar el grado de cumplimiento de los criterios científicos de la ETEV y definir si procede la instauración de un ciclo de mejora de la calidad sobre la profilaxis de la ETEV.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo. Se realizó una revisión por pares, a pie de cama, de la historia clínica completa (papel e informatizada) de los ingresos realizados desde el SUH al SIM durante la primera quincena de enero de 2017. Se evaluó el riesgo de ETEV con la escala de Padua y el riesgo de sangrado con la escala Improve. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con hipersensibilidad y efectos adversos graves a la heparina de bajo peso molecular (HBPM), pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ingresos realizados por los investigadores, pacientes diagnosticados y/o en tratamiento de ETEV, pacientes anticoagulados y menores de 18 años. Los criterios científicos utilizados fueron: Los criterios utilizados fueron: criterio 1, evaluación del riesgo de ETEV-Padua, criterio 2, evaluación del riesgo de sangrado-Improve, criterio 3, tratamiento farmacológico correcto (los pacientes con Padua ≥ 4 y menor de 7 precisan HBPM, criterio 4, tratamiento profiláctico no farmacológico, criterio 5, constancia de la variable peso.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 30 casos de los 48 revisados. El 86,6% de los pacientes presentaba alto riesgo de ETEV y el 0,03% bajo riesgo de sangrado. El incumplimiento para los criterios 1-2-3-5 fue del 93,3% y del criterio 4 el 60%.

CONCLUSIONES:

Se debe implementar un ciclo de mejora de la ETEV dado el elevado porcentaje de incumplimiento de los criterios.





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

P-1634

¿CÓMO MANEJAMOS AL PACIENTE SÉPTICO EN URGENCIAS?

C Fuentes Santos, D Fernández de Velasc Pérez, M Pérez Figueras, MM Barrera Ruiz, S Tabares Rodríguez, JI Collado Álvarez, MM Bermejo Olano

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: sepsis-SIRS-fluidoterapia

OBJETIVOS:

Describir los procedimientos llevados a cabo durante el manejo del paciente con sepsis en un servicio de Urgencias desde la llegada del paciente al triaje hasta la puesta en marcha de las maniobras de resucitación. Se analizarán la hora de llegada, tiempo transcurrido hasta la administración de fluidoterapia y antibioterapia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Recogemos datos de los pacientes que se encuentran ingresados en un servicio médico de nuestro centro con diagnóstico de sepsis o shock séptico del 7 de febrero al 21 de marzo de 2016. Revisamos en el sistema informático cuánto tiempo se tardó en iniciar antibioterapia y fluidoterapia, y si se solicitaron previamente hemocultivos.

RESULTADOS:

Se recogen datos de 48 pacientes que cumplen criterios de sepsis. El 54% eran varones, la media de edad fueron 72,9 años. Sólo el 54% de los pacientes presentaron en la primera valoración temperatura mayor de 38°C. El 83,2% de los pacientes cumplían al menos 2 criterios de SIRS, y el 45.7% al menos 3. El 23.3% de los pacientes tenían registrados al menos 2 criterios de qSOFA. Se recogieron hemocultivos en el 91.7% de los pacientes, y urocultivo en el 87.5% previos a iniciar antibioterapia. El tiempo medio hasta el inicio de antibioterapia fue de 184 minutos de media y hasta inicio de sueroterapia fue de 198 minutos de media. El porcentaje de pacientes que tuvo un mal resultado, entendiéndolo como muerte, ingreso en UCI o más de 10 días de ingreso, fue del 68.9%. De estos, 32% presentaron 2 criterios de SIRS, 30% 3 criterios, y 20% 4 criterios. La variable de qSOFA que más se relacionó con mal resultado fue el Glasgow ($p = 0.01$).

CONCLUSIONES:

Se tarda más de 180 minutos en iniciar medidas de resucitación en pacientes sépticos en Urgencias. El SIRS tuvo buena correlación con la mala evolución posterior de los pacientes sépticos. La variable de qSOFA que más se relacionó con un mal resultado fue el Glasgow.

P-1637

MANEJO DE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES SÉPTICOS EN URGENCIAS

C Fuentes Santos, D Fernández de Velasc Pérez, G Navarro Jiménez, R Alonso Navarro, SS Mendoza Lizardo, M Chichón Sánchez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: sepsis-antibióticos-multirresistencia

OBJETIVOS:

Describir el empleo de antibióticos en Urgencias en pacientes con criterios de sepsis y su relación con un mal resultado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Recogemos datos de todos los pacientes que se encuentran ingresados en un servicio médico de nuestro centro con diagnóstico de sepsis y/o shock séptico desde el 7 de febrero al 21 de marzo de 2016. Revisamos en el sistema informático (Selene) cuánto tiempo se tardó en iniciar antibioterapia, y si se extrajeron cultivos previos. Analizamos tipo de antibiótico utilizado y si éste estaba bien indicado teniendo en cuenta la probabilidad de microorganismos multirresistentes (MOMR), definida como antecedente de MOMR, antibiótico o ingreso el mes previo. Se analizará además la tasa de mal resultado, entendido como muerte, ingreso en UCI o ingreso prolongado.

RESULTADOS:

Se recogen datos de 48 pacientes que cumplen criterios. La media de edad fue de 72,9 años. Los focos de infección fueron: 44,6% respiratorio, 31,9% urinario, 14% abdominal, 2% cutáneo. El 91.7% de los pacientes tenían recogido hemocultivo previo a la antibioterapia, y el 87.5% urocultivo. El tiempo medio hasta el inicio de antibioterapia fue de 184 minutos. Los antibióticos empíricos más utilizados fueron ceftriaxona (37.5%), piperacilina/tazobactam (23.1%) y meropenem (16.6%) solos. Hasta un 50% de los pacientes tenían riesgo de MOMR. De estos, el 33% recibieron cobertura inadecuada para MOMR. En este grupo la mortalidad llegó al 25%. Aproximadamente el 60% de los pacientes que tardaron más de 2 horas en recibir antibioterapia tuvieron un mal resultado.

CONCLUSIONES:

La mayoría de sepsis tuvieron un foco respiratorio. No todos los pacientes con riesgo para MOMR recibieron cobertura antibiótica adecuada, presentando este grupo de pacientes una mortalidad del 25%. En los pacientes en los que se tardó más tiempo en iniciar la antibioterapia se observa una tendencia a tener un mal resultado final.





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

P-1640

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR
DISEMINADA EN URGENCIAS

V Pacheco Barcia, S Otero Rodríguez, A Von Wernitz Teleki,
J del Arco Galán

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: coagulación intravascular diseminada-sepsis-diagnóstico

OBJETIVOS:

1. Describir las características de los pacientes con coagulopatía por sepsis en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa. 2. Establecer el grado de concordancia entre el diagnóstico al alta de CID asociada a sepsis con la aplicación retrospectiva de los criterios de la Japanese Association for Acute Medicine modificada, sin el fibrinógeno (JAAMm), en las primeras 24 horas. 3. Obtener la sensibilidad y especificidad de la escala JAAMm. 4. Establecer la capacidad de predicción de mortalidad de esta escala en la población a estudio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio: 01/01/2010 al 01/06/2016. Criterios de inclusión: adultos con diagnóstico al alta de coagulopatía por sepsis grave o shock séptico. Criterios de exclusión: pacientes con trombopenia o alteración de la coagulación previas. Se recogieron variables demográficas, clínicas y evolutivas mediante la revisión de historias clínicas.

RESULTADOS:

Obtuvimos una N final de 76. El 63% eran hombres, con edad media de 67 años. El 62% tuvieron alteración plaquetaria y el 46% del tiempo de protrombina. En un 43% no se solicitaron niveles de fibrinógeno. Al 20% se les transfundieron plaquetas. Se demostró relación significativa ($p = 0.009$) entre ser diagnosticado de CID en las primeras 24 horas con la escala JAAMm y tener el mismo diagnóstico al alta mediante criterios ISTH. Obtuvimos una sensibilidad de la escala JAAMm en esta población del 62% y una especificidad del 73%, mayores a las obtenidas con la ISTH. El 42% de los pacientes fallecieron antes de 28 días. No encontramos diferencias significativas en mortalidad al comparar a los pacientes que cumplían criterios de CID mediante la escala JAAMm y los que no lo hacían.

CONCLUSIONES:

Aplicar la escala JAAMm en Urgencias hubiera permitido detectar un 32% más de pacientes que cumplían criterios de CID que con la ISTH, correlacionándose estos diagnósticos con los efectuados al alta de forma significativa, aunque no con mayor mortalidad.

P-1643

LA ENDOCARDITIS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

A Alonso Gardón, N Allué García, I Comerón Limbourg, L Maraver Anglès, M Salvia Cerdà, F Casarramona Lobera, J López Esquin

Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona

PALABRAS CLAVE: endocarditis-válvula-fiebre

OBJETIVOS:

Revisión de las endocarditis infecciosas diagnosticadas en nuestro hospital entre 2005 y 2016 y valoración del grado de sospecha en urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de las endocarditis recogiendo: edad, sexo, antecedentes, afectación valvular previa, síntomas, resultados de hemocultivos y antibiograma, ecocardiografía y PET-TAC, tratamiento y criterios de Duke.

RESULTADOS:

Se han incluido 79 pacientes, 49 hombres (62%) con una media de 67 años. Fumadores 54%, hipertensos 54%, diabéticos tipo 2 21% y dislipémicos 50%. Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) 6% y valvulopatías previas 55%. Diagnósticos en urgencias: endocarditis 10%, síndrome febril 32%, siendo el 88% sin foco. La fiebre apareció en el 85% de los casos, astenia 34%, anorexia 27% y pérdida de peso 21%. Soplo cardíaco 70%, hemocultivos positivos 90%. *E. faecalis* fue el microorganismo más aislado (21.5%), *S. aureus* (19%) y *S. epidermidis* (11%). 58% de los ETT y 81% de los ETE fueron positivos y todos los PET-TAC. Afectación mitral 53%, aórtica 26% y <5% el resto de válvulas, 58% eran nativas. Cumplían Criterios de Duke 83.5%. La media de días de antibiótico fue 40, con un 67% de curación y un 21% de mortalidad. Requirieron cirugía 27.8%.

CONCLUSIONES:

La incidencia anual de endocarditis en nuestro centro es muy baja. La sospecha diagnóstica en urgencias ha sido sólo de un 10%, siendo el diagnóstico más frecuente la fiebre sin foco. La valvulopatía previa, el soplo cardíaco y la fiebre sin foco recomiendan descartar endocarditis como primera opción. Los organismos más frecuentemente aislados fueron: *E. faecalis*, *S. aureus* y *S. epidermidis*, la mayoría sobre válvula nativa, siendo la mitral la más frecuente.





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

P-1649

NO TE COMAS EL COCO CON EL NEUMOCOCO

E Espinosa de los Mont Márquez (1), V de la Hoz Carracedo (1),
M Monge Bronchalo (1), D Lebrero Villar (2), C Rodríguez Piedracoba (1),
MT Martínez Marco (1), R Sanz Lorente (1)

(1) Hospital del Henares. Coslada, Madrid. (2) C. S. San Fernando I/Los
Alperchines. San Fernando de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: neumococo-neumonía-meningitis

OBJETIVOS:

Estudiar la relación existente entre los factores de riesgo y la mortalidad por enfermedad neumocócica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza un estudio retrospectivo en el Hospital del Henares entre enero 2014 y agosto 2015. Se incluyen pacientes de edad igual o superior a 14 años, con antigenuria positiva para neumococo y que presentan neumonía, meningitis o sepsis. Se analizan diferentes factores de riesgo para contraer la enfermedad neumocócica y su relación con la mortalidad por dicha enfermedad, así como la distribución según sexo, edad y días de ingreso. Para el estudio de dichas variables se realiza un análisis inferencial empleando el paquete estadístico SPSS 22.

RESULTADOS:

Se analizan 165 pacientes, de los cuales el 53.94% son mujeres, con una media de edad de 71.09 años con una desviación estándar de 17,7. Para los días de ingreso obtenemos una mediana de 7 días con rango intercuartílico entre 4-11 días. En el estudio de los factores de riesgo asociados a mortalidad solo obtenemos significación estadística en relación con la inmunosupresión con una $p < 0.004$.

CONCLUSIONES:

Aunque solo obtuvimos significación estadística en cuanto a mortalidad en pacientes con inmunosupresión, obtuvimos una incidencia de enfermedad mayor en adultos con factores de riesgo siendo solo el 9,36% adultos sin factores de riesgo. Los estudios demuestran que los pacientes con enfermedad pulmonar crónica tienen mayor riesgo de neumonía neumocócica y pacientes con afecciones como la insuficiencia cardíaca tienen mayor probabilidad de tener resultados adversos. Así como la asplenia aumenta el riesgo de septicemia neumocócica. Por lo que se recomienda la vacunación neumocócica para todos los adultos que tienen una afección que los coloca en mayor riesgo de desarrollar enfermedad neumocócica.

P-1651

UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD EN PACIENTES SÉPTICOS: ESTUDIO SEGÚN FOCO

M Varela Patiño, R López Izquierdo, J Álvarez Manzanares,
JR Oliva Ramos, A Redondo González, A Arévalo Pardo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: sepsis-infección-pronóstico

OBJETIVOS:

Conocer la utilidad de las escalas de gravedad (qSOFA y SOFA) en pacientes sépticos según el foco de infección (FI) en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: urgencias hospitalarias. Criterios inclusión: pacientes mayores de 14 años incluidos en el código sepsis del SUH desde Noviembre 2013 hasta Noviembre 2016. Criterios exclusión: pacientes en los que se excluyó una infección en el SUH. Variables: edad, grupo de edad, género, FI (respiratorio, urinario, abdominal, indeterminado, otros). Mortalidad hospitalaria (MH). qSOFA, SOFA. Estudio descriptivo, comparación de variables cuantitativas: t- student, cualitativas: Chi-cuadrado. Cálculo área bajo la curva (ABC) de la curva de rendimiento diagnóstico (ROC) de las escalas qSOFA y SOFA para la variable MH. SPSS 20.0, $p < 0,05$.

RESULTADOS:

n: 522. Edad media: 73,12(17,41). Varón 55,4%. MH: 21,8%. qSOFA>1: 49,6%. SOFA>1: 48,6%. Foco: respiratorio: 37,9%, urológico: 31,6%, abdominal 11,3%, indeterminado: 13,2%, Otros: 5,9%. MH: 21,8%. MH según foco: respiratorio: 30,8%, urológico: 16,4%, Abdominal: 11,9%, Indeterminado: 24,6%, otros: 6,5% ($p < 0,05$). ABC de la curva ROC: Global: qSOFA: 0,680 (IC95%: 0,616-0,744), SOFA 0,703 (IC95% 0,648-0,757). Según focos: qSOFA: respiratorio : 0,681, urológico: 0,592, abdominal: 0,702, Indeterminado: 0,731, otros: 0,913, SOFA: respiratorio: 0,715, urológico: 0,674, abdominal: 0,643, Indeterminado: 0,696, otros: 0,897.

CONCLUSIONES:

La edad media de los pacientes analizados es elevada con una mortalidad similar a otros trabajos. Sólo la mitad de los pacientes que activaron el CS en el SUH fueron positivos para las escalas estudiadas seguramente debido a que muchos se activaron con los criterios previos a las últimas definiciones (SRIS). Las ABCROC tanto del qSOFA como del SOFA fueron similares a estudios previos. El foco más frecuente fue el respiratorio, seguido del urinario. En el análisis de las ABCROC de cada foco se observa que en los focos más frecuentes (respiratorio y urinario) la escala SOFA tiene mayor rentabilidad mientras que en focos menos frecuentes es qSOFA la que posee mejor predicción de mortalidad.





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

P-1652

INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

M Varela Patiño, J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, JR Oliva Ramos, P Velayos García, R Talegón Martín

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: sepsis-comorbilidad-biomarcadores

OBJETIVOS:

Conocer si la comorbilidad influye en la utilidad de los BM en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: urgencias hospitalarias. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 14 años incluidos en el código sepsis del SUH entre noviembre 2013 y noviembre 2016. Variables: edad, grupo de edad (GE), género, comorbilidad: Índice de Charlson (IC), hemocultivos: (positivos, negativos), procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR). Comparación de variables cuantitativas: t-student, cualitativas: Chi-cuadrado. Cálculo área bajo la curva (ABC) de la curva de rendimiento diagnóstico (ROC) de los BM PCT y PCR para la variable hemocultivo positivo (HP). SPSS 20.0, $p < 0,05$.

RESULTADOS:

N: 539. Media de edad: 73,3(17,4). GE: 14-40: 6,1%, 41-65: 18,6%, >65: 75,3%. Varón: 55,1%. Media de edad varón: 72,6(16,4), mujer: 74,1(18,4) $p > 0,05$. Solicitados hemocultivos: 473 (87,8%). HP: 28,2%. Comorbilidad elevada: 31,0%. ABC ROC PCT para HP: 0,724 (IC95% 0,667-0,781) $p < 0,001$, ABC ROC PCR para HP: 0,575 (IC95% 0,517-0,633) $p < 0,001$. ABC ROC Comorbilidad baja: PCT: 0,737 (IC95% 0,671-0,803) $p < 0,001$, PCR: 0,605 (IC 95% 0,524-0,686) $p < 0,05$, ABC ROC Comorbilidad alta: PCT: 0,674 (IC 95% 0,559-0,789) $p < 0,05$, PCR: 0,535 (IC 95% 0,425- 0,646) $p > 0,05$.

CONCLUSIONES:

De forma global tanto la PCT como la PCR parecen útiles para valorar la positividad de los hemocultivos en la población estudiada. Sin embargo, analizando según la comorbilidad se observa que ésta sí influye en su utilidad. En efecto, PCT parece útil tanto entre los pacientes con baja (IC ≤ 2) como alta comorbilidad (IC > 2) pero PCR no resulta un biomarcador que sirva para determinar con fiabilidad la bacteriemia entre los pacientes de elevada comorbilidad

P-1663

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL SECUNDARIO A INFECCIÓN POR GRIPE A

M García Estrada, R Sánchez Rodríguez, R Pérez Caserío, M Gordo Bravo, D Cuetos Suárez, C Corugedo Ovies, G García Estrada

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: fiebre-gripe-virus

OBJETIVOS:

Comparar las características de los pacientes con fiebre atendidos en un servicio de urgencias hospitalario infectados por el virus A en relación con aquellos en los que se aisló otro virus.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de pacientes del periodo entre 1 de diciembre del 2016 y 31 enero del 2017 con síndrome febril, sospecha de infección vírica y a los que se les aisló un virus en la serología. Se hicieron dos grupos en función de la positividad para virus A (H3N2). Variables: edad, sexo, EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, embarazo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tabaquismo, ingreso ≤ 1 mes, ingreso en UVI, saturación oxígeno, temperatura, leucocitos, PCR, resultado radiología de tórax, necesidad de ventilación, uso de antibióticos, uso de aminos, gravedad (exitus, ingreso en UVI, necesidad de aminos o ventilación mecánica). Se realizó comparación de porcentajes por Ji-cuadrado y de medias por T-Student.

RESULTADOS:

Se incluyeron 399 pacientes, fueron positivo para Gripe A 243 (60,9%), la positividad fue menor en los pacientes con EPOC 15,2% vs. 23,2% en no EPOC ($p = 0.04$). No había diferencias en el resto de patologías entre los grupos. Fallecieron 2,1% del grupo de positivos vs. 4.5% del de negativos ($p = 0.14$). Los hallazgos en la auscultación pulmonar eran normales en el 26% de los positivos vs. el 32,9% de los negativos ($p = 0.023$). Los leucocitos eran menores en el grupo de positivos, 8795,71(4360.56) respecto los negativos 11427,48(9603,40) ($p = 0.002$). Cumplían criterios de gravedad el 27.1% de los negativos vs. el 18.9% de los positivos ($p = 0.056$). Se les administró antibioterapia al 37.9% de los positivos vs. 29.7% de negativos ($p = 0.094$).

CONCLUSIONES:

La infección por gripe A fue la predominante en los cuadros atendidos durante el periodo epidémico. En los pacientes con EPOC predominan otros virus distintos del de la gripe A. No hay diferencias en mortalidad ni en gravedad entre los dos grupos. A pesar de confirmarse una infección por un virus un porcentaje no desdeñable de los pacientes recibe tratamiento antibiótico.





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

P-1664

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL DE ORIGEN VÍRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M Gordo Bravo, C Corugedo Ovies, D Cuetos Suárez,
R Suárez Rodríguez, R Pérez Caserío, M García Estrada,
G García Estrada

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: fiebre-gripe-urgencias

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel con síndrome febril de origen vírico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de pacientes del periodo entre 1 de diciembre del 2016 y 31 enero del 2017 con síndrome febril, sospecha de infección vírico y a los que se les solicitó prueba de detección rápida de virus Gripe. Se excluyeron pacientes con evidencia de infección de origen bacteriano. Variables: edad, sexo, EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, embarazo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tabaquismo, ingreso < 1 mes, UVI, saturación oxígeno, temperatura, leucocitos, PCR, Rx tórax, ventilación, uso de antibióticos, uso de aminas, PCR gripe A, gravedad (exitus, ingreso en UVI, necesidad de aminas o ventilación mecánica).

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 399 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La edad media de 69,55(18,7) años y 201 (50,4%) eran varones. Factores de riesgo: 18,3% EPOC, 12,5% asma, 19,5% cardiopatía isquémica, 1,3% embarazo, diabetes 17,5%, insuficiencia renal 13%, tabaquismo 17% y un 5% tenían ingreso hospitalario hacia menos de 1 mes. Ingresaron 207 pacientes (51,87%), de los cuales 21 fue en UVI (5,3%). Fueron exitus 3% (12 pacientes). Tenían una Saturación de O₂ 93,46(5,7)%, temperatura 37,55(2,15) °C, Leucocitos 9822(6991), PCR 7,96(10,2). La radiología de tórax era normal en el 62,2%, tenían condensación el 16%, infiltrados pulmonares 10,3% y patrón intersticial en el 8,8%. El 4,5% necesitaron ventilación mecánica no invasiva. Se pautaron antibióticos al 65,2% de la muestra y precisaron aminas el 12,3%. La detección de virus Gripe A fue positiva en el 60,9%. Tenían criterios de gravedad en el 22,1% de los casos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con síndrome febril sugestivo de origen vírico tienen positividad para gripe A en más de la mitad. La mitad de ellos precisaron ingreso hospitalario pero la mortalidad es baja.

P-1669

UTILIZACIÓN DE LA PROCALCITONINA Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO Y MANEJO

R Torres Sánchez del Arco, N Arriero Fernández, C Castell Jimeno,
J Martínez Sanz, A Pereira Juliá, E Martín Echevarría

Hospital Universitario de Guadalajara

PALABRAS CLAVE: procalcitonina-pronóstico-infección

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo es analizar la utilización de la procalcitonina como marcador de infección bacteriana y su influencia en el manejo posterior, pretendiendo ser el punto de partida para posteriores estudios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Presentamos un estudio retrospectivo en el cual se analizaron todas las determinaciones de procalcitonina iniciales en nuestro centro entre los meses de enero y marzo de 2016. Posteriormente se revisaron las historias clínicas recogiendo datos clínicos, analíticos, diagnósticos, terapéuticos e ingreso en UCI. El análisis estadístico se efectuó mediante el paquete SPSS versión 20.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 171 pacientes. El 60,8% eran varones, la mediana de edad era de 69 años (IIQ 56-80). El 74,3% (127) de las determinaciones fueron por procesos infecciosos (respiratorio 59,6%, abdominal 11,7%, urinario 10,5%). Presentaban fiebre, mediana de T^a 37,2 (IIQ 36-38), taquicardia, mediana FC 98 (IIQ 81-110), taquipnea, mediana FR22 (IIQ 18-25), con mediana de TA normal (17,5% PAM menor de 65mmHg). Analíticamente la mediana de procalcitonina fue de 0,52ng/ml (IIQ 0,13-2,75) asociada a elevación de VSG, mediana de 49 (IIQ 23,5-90,5)(p<0,05) y PCR, mediana 101,4 (IIQ 39,05-203,1) (p<0,001). La PCR superior a 50 se asoció con la probabilidad de procalcitonina elevada (>0,5ng/ml) (OR 3,7 IC95% 1,48- 9,61,p<0,005). El 31%(53) ingresó en la UCI con una procalcitonina media de 18,78±10,92 frente a 4,7±1,92 entre quienes no ingresaron allí, aunque la diferencia no resultó estadísticamente significativa (p = 0,08). En el análisis multivariante no se halló asociación significativa entre las variables y el ingreso en UCI.

CONCLUSIONES:

La procalcitonina es un apoyo importante para la toma de decisiones adecuadas y sobre todo utilizada de forma oportuna, aunque no podemos cargarle toda la responsabilidad de la decisión del manejo del paciente. Aunque menos específicos, la PCR y VSG siguen siendo herramientas de gran utilidad. Los pacientes de UCI presentan una procalcitonina más elevada que parece relacionarse con la gravedad del proceso.





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

P-1682

IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL EMBOLISMO PULMONAR

L Lozano Polo, M Puig Campmany, M Turbau Valls, M Seres Roig,
R Lozano Polo, A Ceresuela Llobera, S Benito Vales

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: practice guideline-pulmonary embolism-d-dimer

OBJETIVOS:

Evaluar la mejora en la adherencia a las GPC en función de la edad en pacientes estables con sospecha de EP atendidos en el servicio de urgencias (SU) tras una formación adecuada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de todos los pacientes con sospecha de EP del 2012, valorándose las escalas Wells y Ginebra en versión original y simplificada como escalas de probabilidad clínica. En 2015 se realizaron sesiones formativas a todos los médicos del SU, explicando la adherencia previa. Se propuso el uso estandarizado de la escala de Wells simplificada asociada a la realización del D-dímero en función de la probabilidad clínica, usándose el D-dímero ajustado por edad del paciente (edadx10). Se repartieron dípticos explicativos y se colocaron algoritmos diagnósticos en diversas zonas visibles del SU. De forma retrospectiva se revisaron todos los pacientes con sospecha de EP atendidos los 6 meses siguientes a la formación, valorando nuevamente la adherencia a las guías en función de la edad.

RESULTADOS:

La adherencia global del 2012 para la escala de Ginebra fue del 38.9% en la versión original y del 46.9% en la simplificada. Para la escala de Wells, un 53.4% en la original y 48% en la simplificada. La adherencia disminuyó a la vez que aumentaba la edad de los pacientes en todas las escalas ($p < 0.001$). Tras la formación, la adherencia aumentó un 12.9%. Para la escala de Wells simplificada, en <50 años la adherencia fue del 74% en 2012 y del 68.4% en 2015. Entre los 51-64 años, del 44.5% y 63.3% (+18.8%). Entre los 65-74 años, del 43.6% y 53.1% (+8.8%). Entre los 75-84 años del 43.6 y 66.7% (+23.1%) y en >85 años del 38.7 y 54.4% (+15.7%).

CONCLUSIONES:

La adherencia inicial a las GPC en el SU es baja. La formación dirigida al uso estandarizado de la escala de Wells simplificada asociada al D-dímero ajustado, mejora la adherencia e iguala el uso de la adherencia en los diferentes rangos de edad de los pacientes.

P-1688

VARIACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS DÍMEROS-D AL ELEVAR SU PUNTO DE CORTE ANTE LA SOSPECHA DE TEP

DIE Cuenca Apolo, J Toral Marín, M Adriascensés Pérez,
J Jurado Serrano, J Lameirao Gaspar

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo pulmonar-dímeros D-sospecha de TEP

OBJETIVOS:

Determinar la variación de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) al cambiar el punto de corte de positividad del dímero D de 500 ng/dl a 1000 ng/dl y la utilidad que podría tener en la práctica clínica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo que incluyó 217 pacientes con sospecha clínica de TEP en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel a quienes se les realizó angioTC pulmonar. Se midieron los valores del dímero D de cada paciente previo al angioTC. Realizamos la comparación de S, E, VPP y VPN, al cambiar el valor de positividad de los dímeros D de 500 ng/ml a 1000 ng/ml. Los análisis se han realizado con las tablas de contingencia 2 x 2 habituales, realizándose la prueba de la χ^2 como test de normalidad en SPSS.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes fue 64,4 años y el 54,3% fueron mujeres. La prevalencia global de TEP fue 21,19% (46 casos). Para dímeros D positivos con valor >500 ng/ml se obtuvo una S de 100%, E de 4,7% (2,7- 7,7), VPP de 22% (16-28) y VPN 100%. Para dímeros D positivos con valor >1000 ng/ml se obtuvo una sensibilidad de 97,8% (93,8-100), especificidad de 27,5% (21-43), VPP de 26,6% (20,1-33,1) y VPN de 97,7% (93,7-100).

CONCLUSIONES:

Elevar el punto de corte de diagnóstico de los Dímeros D ante la sospecha de TEP puede mejorar la especificidad a expensas de una ligera disminución de su sensibilidad. EL VPP presenta una mejoría discreta a expensas de un empeoramiento del VPN similar. Esta estrategia nos permitiría identificar mejor a los casos que son verdaderos negativos, disminuyendo de forma considerable la realización de angioTC pulmonar innecesarias ante la sospecha de TEP.





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

P-1703

DOCTOR, ME LATE EL CORAZÓN...

AM Mur Pérez (1), P Liévano Segundo (2), N Lozano Torrubia (3),
M Bárcena Caamaño (1)

(1) C. S. Valdefierro. Zaragoza. (2) C. S. Universitat. Zaragoza. (3) C. S. Oliver. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: tuberculosis-pericarditis-tratamiento

OBJETIVOS:

Pensar en la posible etiología infecciosa de las pericarditis sobre todo en pacientes procedentes de otros países en los que se desconoce su estado vacunal y sus antecedentes epidemiológicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 30 años, fumadora de 1paq/2-3d, sin alergias medicamentosas ni tratamientos habituales, con antecedente de intervención de quiste de ovario, sin otras patologías asociadas. Acude por presentar desde hace 2 meses, sensación de palpitaciones con el decúbito lateral izquierdo, normalizando la sensación con la sedestación. No se acompaña de dolor torácico opresivo ni cortejo vegetativo. Exploración física: auscultación cardíaca rítmica a 88 lpm, sin soplos ni extratonos ni rones. Resto de exploración normal. Derivada para estudio cardiológico se propone ingreso por persistencia de la clínica y descripción de escaso derrame pericárdico en ecocardiograma.

RESULTADOS:

Análítica y radiografía de tórax realizadas en urgencias, normales. ECG (en sedestación): rítmico sinusal a 88 lpm, ECG (en decúbito lateral): extrasístoles frecuentes sobre ritmo sinusal normal. Durante el ingreso se completa estudio con Mantoux (positivo), VGS y PCR elevadas, pruebas reumáticas negativas y resto de analítica sin alteraciones significativas. Se diagnostica de pericarditis subaguda/crónica de posible etiología tuberculosa. Por lo cual se pauta tratamiento antituberculoso según protocolos y se hacen controles en consultas de Infecciosas, siendo alta al finalizar el tratamiento.

CONCLUSIONES:

La pericarditis es un cuadro frecuente en personas jóvenes que puede presentar complicaciones importantes y fatales como el taponamiento pericárdico. Aunque la mayoría son idiopáticas, se debe buscar la etiología de las mismas, puesto que cuentan con tratamientos eficaces para ello.

P-1706

ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

MT Resta Rabassa, A Menéndez Blanco, MI Rodríguez Triana,
F Camacho Genoves

Hospital Quirónsalud. Valencia

PALABRAS CLAVE: rotura-esplénica-espontánea

OBJETIVOS:

La esplenomegalia es una manifestación común que se observa en alrededor del 50% de los casos de MI. Debido a la respuesta inmunitaria se produce infiltración del parénquima esplénico por linfocitos atípicos, que pueden dar lugar a la desaparición de la arquitectura normal del bazo. Todo esto condiciona un aumento del tamaño y la pérdida de consistencia del órgano, lo que favorece su rotura ante traumatismos mínimos o incluso de manera espontánea.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente de 20 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias tras tener un episodio presincopeal con cuadro catarral previo. A su llegada a nuestro centro refiere malestar general, náuseas, con hipotensión arterial 81/57 mmHg que se resuelve con coloides 500cc y taquicardia sinusal. Refiere a su vez dolor de inicio brusco en el hombro izquierdo esta mañana. Abdomen sin hallazgos de significación. Hemograma: 12.16 leucos (18.2%M, 23.3%L), Hb 14.5, plaquetas 149000. Bioquímica: Creat 1.2 mg/dl, urea 17 mg/dl, GOT 196 UI/l, GPT 292 UI/l, PCR 0.97 mg/dl. Ante la sospecha de síndrome mononucleosido con hiperesplenismo se decide ecografía abdominal. Ecografía: Esplenomegalia con probable hematoma subcapsular. Tc abdominopélvico: esplenomegalia heterogénea de 15 cm asociado a hematoma subcapsular de hasta 37 mm de espesor con sangrado activo y hemoperitoneo moderado. Ante el diagnóstico de rotura esplénica se traslada a UCI donde se objetiva Hb 8.9 g/dl.

RESULTADOS:

Tras esplenectomía urgente el postoperatorio del paciente transcurrió sin complicaciones. Se le dio de alta a la paciente al sexto día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

La rotura espontánea del bazo es una complicación rara pero potencialmente mortal de la MI. Normalmente ocurre semanas después del inicio, pero ocasionalmente, la rotura esplénica puede ser la primera manifestación clínica del cuadro. La precocidad de la rotura no se correlaciona con la gravedad, aunque puede relacionarse con retraso en el diagnóstico, lo que podría condicionar mayor mortalidad en los pacientes no diagnosticados previamente de MI.





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

P-1717

COMORBILIDADES E ÍNDICE DE CHARLSON EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO DE MADRID

G Quispe Figueroa (1), PI Ramírez Cabello (2), JS Da Mata Nunes (2), G Díaz Polanco (2), F Fernández Salgado (2)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Centro De Salud Alcalde Bartolomé González. Madrid. (2) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: chronic obstructive pulmonary disease-comorbidity-mortality

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia de comorbilidades e índice de Charlson (IC) en pacientes hospitalizados por EPOC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se revisó las historias clínicas de pacientes de ambos sexos que son hospitalizados desde la urgencia de un hospital secundario de Madrid por agudización de EPOC (confirmado previamente por espirometría), durante el periodo de 01/01/2016 al 31/12/2016. Variables: Comorbilidades, IC. Análisis estadístico: programa SPSS versión 22.

RESULTADOS:

De 164 pacientes que acuden a urgencias por posible agudización de EPOC, se estudia a 121 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, siendo 73.5%(89 pacientes) del sexo masculino, 87%(106) mayores de 60 años. Antecedente de tabaco: 51%(62 pacientes) exfumadores, 26%(31 pacientes) fumadores activo, 4%(5) no fumadores y 19%(23) desconocido. Comorbilidad: 87% (105 pacientes) presentó alguna comorbilidad, 38%(40) eran diabéticos, 6.7%(7) presentó hepatopatía moderada-grave, 19%(20) presentó insuficiencia renal crónica, 39%(41) con enfermedad cardiovascular grave (ECVG). Dentro de la ECVG el 36.6%(15) presentó cardiopatía isquémica reciente, 58.8%(24) arritmia cardiaca previa y 9.8%(4) insuficiencia cardiaca crónica, hubo 3 pacientes con dos comorbilidades de ECVG. Otras comorbilidades: Hipertensión arterial 49.6%(60 pacientes), dislipidemia 21.5%(21), cáncer no pulmonar 17.4%(21), Ictus 6.6%(8), Anemia 5%(6), SAHS 4.1%(5), enfermedad ulcerosa 4.1%(5), enfermedad vascular periférica 2.5%(3), demencia 0.8%(1), patología del tejido conectivo 0.8%(1). Índice de Charlson: El 49%(59 pacientes) obtuvo un índice mayor o igual a 5 puntos, el 39%(47 pacientes) presentó un índice de 3-4 puntos, y el 12%(15 pacientes) un índice de 1-2 puntos. Número de comorbilidades por paciente según el IC: 26%(32 pacientes) presentó una comorbilidad, 24%(29) dos comorbilidades, 22%(27) tres comorbilidades, 8%(9) cuatro comorbilidades, 4%(5) cinco comorbilidades, 2%(2) seis comorbilidades, 1%(1) siete comorbilidades y 13%(16) no presentó ninguna comorbilidad.

CONCLUSIONES:

El 87% de los pacientes con EPOC presentó alguna comorbilidad, siendo el más frecuente la ECVG y la mayoría presentó entre 1-3 comorbilidades. La mitad de los pacientes presentó una comorbilidad elevada (mayor o igual a 5 puntos) según el índice de Charlson con una mortalidad en 3 años del 85%.

P-1728

IDENTIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE AGUDIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

JS da Mata Nunes, G Díaz Polanco, G Quispe Figueroa, PI Ramírez Cabello, F Fernández Salgado

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: chronic obstructive pulmonary disease-symptom flare up-recurrence

OBJETIVOS:

Determinar los tipos de agudización en pacientes con EPOC agudizado que acudieron a urgencias de un hospital de segundo nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y transversal, que analiza los ingresos consecutivos de pacientes con EPOC, confirmado previamente con espirometría que acuden por episodio de agudización al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel, periodo de estudio comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2016. Variables: demográficas, tipos de agudización. Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 22.

RESULTADOS:

De los 164 pacientes que acudieron a urgencias por episodio compatible con agudización de EPOC, cumplieron con los criterios de inclusión del estudio 121 pacientes, según el análisis demográfico observamos que, por sexo, la mayoría de los pacientes eran varones 73.5%, mientras que las mujeres representaron un 26.4%. En relación a la edad, la mayoría fueron mayores de 60 años. En relación al tabaquismo, se observó que el 51% de los pacientes eran ex fumadores y el 26% eran fumadores activos. Según la evaluación y el análisis de los datos recopilados por los investigadores del estudio, observamos que el 82% de la muestra presentó una nueva agudización, mientras que el 27% presentó recaída y el 10% de los pacientes fracaso terapéutico.

CONCLUSIONES:

En el 100% de las historias revisadas por los investigadores no consta el tipo de agudización. Según el análisis de los investigadores se concluye que el 82% de los pacientes presentó una nueva agudización, desencadenada principalmente por infecciones respiratorias. Mientras que las recaídas a pesar de presentarse en un 27% de la muestra, podrían estar relacionadas con la presencia del microorganismo previo no erradicado, aunque también hay que descartar causas no infecciosas. Un 10% fracaso terapéutico, en el contexto de la falta de un nuevo y/o cambio del tratamiento crónico.



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

P-1729

ELEVACIÓN DE LOS MARCADORES DE LESIÓN MIOCÁRDICA Y DILATACIÓN DE VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

D Zalama Sánchez, M Celorrio San Miguel, TG Vasquez del Águila, J Cheyaheb Morán, C del Pozo Vegas, A Hambardzuyan

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: pulmonary embolism-troponin-natriuretic peptide-brain

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es describir la incidencia de la elevación de los marcadores de lesión miocárdica (proBNP y troponinas) y la dilatación de ventrículo derecho evidenciado por ecocardiografía en los pacientes diagnosticados de TEP.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 156 pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015, de los cuales 70 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.

RESULTADOS:

El 31,4% de los pacientes presentó elevación de troponinas, 64,4% presentó elevación de proBNP. El 90,9% de los pacientes que presentaron elevación de troponinas tenían también elevación de proBNP. Un 15,7% presentó elevación de troponinas y dilatación de ventrículo derecho, un 27,1% presentó elevación de proBNP y dilatación de ventrículo derecho. De los pacientes que presentaron dilatación de ventrículo derecho confirmada por ecocardiograma el valor mas bajo de proBNP fue 359 pg/mL.

CONCLUSIONES:

Se concluye que en este grupo de pacientes con TEP el proBNP mostró valores más elevados en pacientes con dilatación de ventrículo derecho. No se encontraron los mismos resultados en el caso de los niveles de Troponinas, elevándose en menor numero de casos.

P-1730

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, EVOLUCIÓN E INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA AMBIENTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE DURANTE LAS TEMPORADAS 2014/2015 Y 2015/2016

PL Ramírez Cabello (1), G Quispe Figueroa (2), M López-Lomba (1), V Moreno Cuerda (1), J Gómez-Garcés (1), J Aparicio Velasco (3), F Fernández Salgado (3)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) Hospital Universitario de Móstoles. Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. Madrid. (3) Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. Madrid

PALABRAS CLAVE: human influenza-epidemiology-influenza a virus

OBJETIVOS:

Comparar las características epidemiológicas y evolución de pacientes hospitalizados por gripe durante las temporadas 2014/15 y 2015/16. Relacionar la temperatura ambiente con la frecuencia de hospitalizaciones por gripe.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Revisión de historias clínicas de mayores de 14 años hospitalizados por gripe en un hospital secundario de Madrid, tras confirmación de antígeno de gripe, entre la semana 40/2014-20/2015 y semana 40/2015-20/2016. Variables: Epidemiología, evolución. Análisis estadístico: programa SPSS versión 22.

RESULTADOS:

De un total de 314 muestras positivas para gripe, se estudian 164 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (105 temporada 2014/15 y 59 temporada 2015/16). Comparación de características epidemiológicas entre la temporada 2014/15 y 2015/16: Edad media (69vs63 años). Tiempo promedio de ingreso hospitalario (10vs11 días). Se registraron hospitalizaciones por gripe entre la semana 1-10/2015 y semana 1-16/2016. Semana epidemiológica con mayor frecuencia de hospitalizaciones y cuantificación de temperaturas mínimas (Temporada 2014/2015: 21% semana 5 con T°2.7°C, 17% semana 4 con T°-0.5°C, 13% semana 6 con T°-0.8°C, temporada 2015/2016: 15% semana 6 con T°7.6°C, 14% semana 7 con T°0.6°C y 14% semana 10 con T°2.4°C), contacto con enfermos de gripe (13.3%vs15%), adquisición de gripe nosocomial (16.2%vs17%), antecedente de vacunación (41.9%vs27.1%). Evolución: soporte ventilatorio (57.1%vs54.2% pacientes), ingreso a UVI (6.7%vs16.9% casos), reingreso a los 30 días (11%vs7% casos), fallecimiento (7.6%vs3.4% pacientes).

CONCLUSIONES:

Hay mayor frecuencia de hospitalizaciones por gripe en la semana 5/2015 y 6/2016, siendo mayor en la temporada 2014/2015 y coincidiendo con temperaturas más bajas. Se evidencia reducción del 44% de hospitalizaciones por gripe en la temporada 2015/2016 respecto al 2014/2015. En ambas temporadas fueron similares las cifras



índice temático



índice autores



inicio



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

de tiempo de hospitalización por gripe, contacto previo con enfermo con gripe y adquisición de gripe nosocomial. Hubo más pacientes no vacunados en la temporada 2015/2016 (75%vs58%). La mitad de pacientes necesitó soporte ventilatorio en ambas temporadas. Hubo el doble de ingresos a UVI en la temporada 2015/2016 y el doble de fallecimientos en la temporada 2014/2015.

P-1734

MORTALIDAD A LOS 9 MESES DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SEGÚN EL ÍNDICE PRONÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

D Zalama Sánchez (1), S del Amo Diego (1), TG Vázquez del Águila (1), J Cheyaheb Morán (1), JV Esteban Velásco (1), S Hernández Bezos (1), A Pedraza de Juan (2)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: pulmonary embolism-indicators of morbidity and mortality-prognosis

OBJETIVOS:

Su cálculo usa variables clínicas y permite la clasificación de los pacientes en cinco clases(I-V) de riesgo con implicancia de mortalidad a corto plazo. Nosotros medimos la mortalidad hasta los 9 meses.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de pacientes diagnosticados de TEP durante el 2015 en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, calculamos su PESI y observamos su mortalidad al mes, 3 meses y 9 meses. Se revisaron 156 historias clínicas, 141 cumplieron criterios de inclusión (edad media 74 años, 53 hombres y 88 mujeres), de ellos un 23% de 35 a 65 años, 19% de 65 a 75 años y un 58% de 75 a 100 años.

RESULTADOS:

Los pacientes presentaron una mortalidad del 9% al mes y 18% a 9 meses. La mortalidad según PESI al primer mes fue 1% para un PESI-IyII (baja probabilidad), 1% para un PESI-III (intermedia) y de un 7% para un PESI-IVyV (alta probabilidad). Se continuo el seguimiento de los pacientes que cumplieron criterios de inclusión a los 3 y 9 meses. A los 3 meses la mortalidad fue 1% para un PESI-IyII (baja probabilidad), 1% para PESI-III (intermedia) y 10% para un PESI-IVyV (alta probabilidad). A 9 meses la mortalidad fue de 1% para PESI-IyII (baja probabilidad), 1% para un PESI-III (intermedia) y 10% para PESI-IVyV (alta probabilidad).

CONCLUSIONES:

En los pacientes objeto de estudio la posibilidad de eventos adversos al mes (mortalidad) fue de 1% para un PESI I-II, 1% para un PESI-III y de 7% para PESI IV-V, por lo que en nuestro medio es un buen marcador pronóstico a corto plazo. En seguimiento de pacientes a 9 meses la mortalidad pasó de un 7 a un 10 % en pacientes con PESI de alto grado.



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

P-1735

ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE MÉDICOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS FRENTE A PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

PL Ramírez Cabello, G Quispe Figueroa, G Díaz Polanco, J da Mata Nunes, F Fernández Salgado

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: EPOC-agudización-urgencias

OBJETIVOS:

Conocer la actitud diagnóstica y terapéutica de los médicos de un servicio de urgencias hospitalario frente a pacientes con agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EPOC, confirmada previamente con espirometría, que acuden por episodio de agudización a un servicio de urgencias hospitalario durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2016. Se definieron variables demográficas y referentes al diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22.

RESULTADOS:

La muestra estuvo constituida por 121 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Por sexo, el 73,55% eran varones, en relación a la edad, la mayoría fueron mayores de 60 años (87%). Sobre el médico que brinda la atención en urgencias el 53% de los pacientes fueron atendidos por médicos adjuntos, y el 47% por médicos residentes. En relación al inicio de los síntomas, el 70% refirió tener días de evolución, en cuanto al tipo de síntoma más frecuente, encontramos aumento de la disnea en el 84%, ortopnea en el 12%, aumento de la tos en el 67%, tos productiva (74%), aumento del volumen del esputo (47%), cambio en la coloración del esputo en el 40%. Sobre la gravedad de la agudización, el 83% presento agudización grave, 3% agudización leve, agudización moderada (12%), agudización muy grave (2%). El diagnóstico etiológico más frecuente fue bacteriano (61,1%). En relación al tratamiento farmacológico, El 91,73% recibió salbutamol (beta agonista de acción corta-SABA) durante la agudización. El 96,69% recibió bromuro de ipatropio (anticolinérgico de acción corta-SAMA). Se administraron antibióticos al 84% de los pacientes. Los corticoides sistémicos se administraron al 91% de los pacientes. La oxigenoterapia fue administrada al 95,86%.

CONCLUSIONES:

La actitud diagnóstica y terapéutica fue subóptima, por lo que es importante buscar herramientas de mejora en este tema.

A-1212

PROTOCOLO GRIPE ESTACIONAL 2017 EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL HENARES

R Sanz Lorente, P Sabio Repiso, B Valero Tellería, C Rodríguez Leal, M Mateas Moreno, L Mao Martín, MS Ruiz Grinspan

Hospital del Henares. Coslada, Madrid

A-1281

INHALACIÓN ACCIDENTAL MASIVA DE MONÓXIDO DE CARBONO

E. Rodríguez Conesa, P González Jiménez, N Espina Rodríguez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga

A-1290

HEMOPTISIS EN UN HOSPITAL COMARCAL: ACTITUD A SEGUIR

M Jiménez Parras (1), MP Benítez Moreno (2), ML Morales Cevidanes (1)

(1) UGC Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. (2) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

A-1297

MENINGITIS BACTERIANA POR NO USAR MASCARILLA EN LA ANESTESIA EPIDURAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

ME Maldonado Pérez, MA Garrido López, E López Herrero, M Rodríguez Rodríguez, M Carrión Domínguez, L Biedma Martín

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

A-1304

ANÁLISIS DE ASMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

I Torres Peña, B Toribio Velamazán, P Canellas Sánchez, M López Hernández, G Hurtado Ponce, AM Arilla Albas, M Gómez Márquez

Hospital de Barbastro. Huesca

A-1332

ENFERMEDAD DE MONDOR, CAUSA INUSUAL DE DOLOR TORÁCICO

L Guirado Torrecillas, G Adán Martínez, T Hernández Ruipérez, A Hernández Molina, V Rosa Salazar, F Velázquez Marín

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia



índice temático



índice autores



inicio



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

A-1340

DOLOR EN HEMITÓRAX DERECHO

JP Rodríguez Hernández, S Francesena González, R Fernández Alonso,
C Arias Meneses, L Arboleya Álvarez, A Gutiérrez González,
D Fernández Suárez

Hospital Valle del Nalón. Langreo, Asturias

A-1390

EXTRUSIÓN COMPLETA DE MARCAPASOS

S Rincón Castro, A Real Martín, N Galán Iguacel, I Uldemolins Gómez,
I Uria Paumard, V Morales Monsalve, P Moliné Moreno

Hospital Santa Bárbara. Complejo Asistencial de Soria

A-1427

MENINGITIS POR PAROTIDITIS

A Medina Salom, A García Moreno, A Beltrán Sánchez,
A Pérez Granell

Hospital Doctor Peset. Valencia

A-1512

UN CÓLICO PULMONAR

R López González, A Cabezas Amurgos, S Gayol Huerga, LM Maestro
Gilmartín, M Matías Flecha, A Olasagasti Onaindia, J Rodríguez Albo

Complejo Asistencial Universitario de León

A-1519

COMPLICACIONES DE ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES.
A PROPÓSITO DE UN CASO

S del Amo Diego, E Serrano Lacouture, S de Francisco Andrés,
M Celorrio, A Hambardzumyan, J Chehayeb Morán, C del Pozo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

A-1622

DOCTORA, ME DUELE LA ESPALDA

M Navarro Miralles (1), L Tomás Ortiz (1), M Navarro Nuño de la Rosa (2),
M Sánchez Alaminos (3), C Carvajal Lucerga (1), D Martínez Antequera (3)

(1) Centro de salud Cartagena Oeste. Murcia. (2) Cuidados Paliativos Murcia.

(3) Barrio Peral. Murcia

A-1626

INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
POR ENTEROVIRUS EN ADULTOS

A Steinherr Zazo, G Rocamora Blanch, JM Mòdol Deltell,
A Hernández Rodríguez, N Robert Boter, A Carreres Molas

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona

A-1659

OJO SECO: DIAGNÓSTICO DE SJÖGREN

MJ F R (1), D Fernández Valdivieso (2), L Ramírez Utrero (3),
R Antúnez Ganga (4), FM Rodríguez Rubio (5), M Ibáñez López (1),
G Alonso Sánchez (1)

(1) Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. (2) C. S. Almoradí. Alicante.
(3) C. S. El Cabo Huertas. Alicante. (4) C. S. Ugijar. Granada. (5) C. S. Calasparra.
Murcia

A-1709

ROTURA DEL QUISTE HIDATÍDICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE ABDOMEN AGUDO

E Ortiz García, D Machuca Calvo, J Macarrón Carro,
AM San José Borreguero, A Groba, P Rupérez Arribas

Complejo Hospitalario de Soria

A-1726

ES JOVEN Y PUEDE SOPORTARLO

F Pérez Durán, G Molina Barriga, M Agüero Pereda,
M Huerta Fernández, A Herencias Nevado, A López Llerena, C Aubert

Hospital El Escorial. Madrid

A-1745

EL TÉCNICO DE EMERGENCIAS SANITARIAS.
ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGO

FJ Ruiz Reyes, M Osuna Díaz, C Osuna Esbri

Asistencias Los Ángeles. Córdoba



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 10

URGENCIAS MÉDICAS III
(DIABETES Y URGENCIAS
ENDOCRINAS, PATOLOGÍA
NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA
DIGESTIVA Y OTRAS
PATOLOGÍAS MÉDICAS)



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio





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

O-1770

EXPERIENCIA DE USO DE ICATIBANT EN HUMV EN ANGIOEDEMA POR IECA

L Prieto Lastra, M Lara Torres, M Andrés Gómez, M González Rulz,
H Alonso Valle, F Mateos Chaparro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: angioedema-inhibidores de ACE-icatibant

OBJETIVOS:

Demostrar la utilidad del Acetato de Icatibant, en el tratamiento de los pacientes con Angioedema mediado por IECA, aunque no tenga indicación en su ficha técnica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Presentamos pacientes que han sido atendidos en el Servicio de Urgencias de HUMV por Angioedema debido a fármacos y han sido tratados con Acetato de Icatibant. Es un agonista de los receptores B2 de la Bradicina y potencialmente puede aplacar este tipo de angioedemas. La muestra es de 24 pacientes, 14 varones y 10 mujeres con una edad media de 68.67 años. A todos se les administró Adrenalina, Corticoides e.v. y Dexclorfeniramina e.v. previamente, y tras esperar un tiempo prudencial, según la estabilidad del paciente y dado que el cuadro no remitía, se procedió a la administración de Icatibant.

RESULTADOS:

De los 24 pacientes se obtiene respuesta positiva de manera rápida en 22 de ellos. Precizando los otros 2 una segunda dosis a las 6h. Ninguno de los pacientes necesitó IOT. El tiempo medio de respuesta fue de 29.12 minutos, y en aquellos que recibieron sólo una dosis, fue de 14.86 minutos. De los pacientes incluidos, dos estaban en tratamiento con ARA II y el resto con IECA.

CONCLUSIONES:

Aunque no tiene indicación dentro de la ficha técnica, si parece haber una buena respuesta del Angioedema por IECA o ARA II, como ya se incluye dentro del protocolo de la SEMES para estos casos. Dado que es rápido y efectivo, son datos que parecen avalar el uso de este fármaco para los angioedemas mediados por bradicina, como es el caso de los IECAs y ARA II, aunque estos últimos tienen una indicación más controvertida por baja incidencia. Esperamos que se sigan sumando datos para poder utilizar el fármaco en este tipo de procesos avalados por la Agencia Europea del Medicamento.

O-1818

MONOTERAPIA DE LACOSAMIDA ENDOVENOSO EN URGENCIAS

R A A, A Gómez De Diego, A Álvarez Hurtado, M Jimeno Asensio,
G Fernández Bayón, C Del Pozo Vegas, A González Caballero

Urgencias. Hospital Clínico de Valladolid

PALABRAS CLAVE: lacosamida-estado epiléptico-crisis parcial

OBJETIVOS:

Evaluar todos los pacientes atendidos y tratados en Urgencias desde el 2014 a 2016 con lacosamida endovenoso en monoterapia y valoración de resultados ante los diferentes tipos de crisis comicial, tanto en pacientes epilépticos conocidos o no, como en pacientes no epilépticos con causa focal epileptógena.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realiza un estudio retrospectivo con un total de 321 pacientes atendidos y tratados por crisis comicial entre 2014-2016, tanto generalizada como parcial con o sin generalidad secundaria, se miden variables tanto cuantitativas como cualitativas referentes a edad, antecedentes personales de epilepsia, tipo de crisis comicial, factor desencadenante, tratamiento realizado en Urgencias, eficacia de resultado, estancia en Urgencias (Observación) y alta definitiva (ingreso y/o domicilio).

RESULTADOS:

El 100% de los pacientes que acudieron por crisis comicial de tipo parcial motora o sensitiva con/sin generalidad secundaria, tratados con Lacosamida endovenoso en monoterapia, fueron dados de alta, libres de crisis durante periodo de observación en Urgencias (mínimo 8 h). El 100% de los pacientes que acudieron por crisis en acúmulos, tanto tipo parcial como generalizada, que fueron tratados de forma profiláctica en monoterapia con lacosamida endovenoso, fueron dados de alta, libres de crisis durante periodo de observación en Urgencias (mínimo 12 h). Alrededor del 30% de los pacientes con crisis generalizada tónico-clónica que fueron tratados en monoterapia con lacosamida endovenoso, fueron dados de alta, libres de crisis durante periodo de observación en Urgencias (entre 12-24 h).

CONCLUSIONES:

La práctica clínica diaria realizada en Urgencias del hospital Clínico Universitario de Valladolid, ratifica y confirma las conclusiones e indicaciones de la EMA en el uso de lacosamida endovenoso en monoterapia con excelentes resultados en las crisis parciales y las crisis en acúmulos, así como respuesta significativa en crisis generalizadas, que habitualmente precisan politerapia anticomicial.





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

O-1823

FIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO ICTUS EN PREHOSPITALARIA

MM Ruiz Montero (1), S Pérez Toscano (2),
A Caballero García (2), MJ Sánchez Marín (2), E González Sabio (2),
P Fernández del Valle (3), C Pérez Jódar (4)

(1) EPES 061 Sevilla. (2) EPES. (3) FISEVI. (4) Alumna 6.º Medicina

PALABRAS CLAVE: ictus-concordancia-emergencias

OBJETIVOS:

Analizar el manejo prehospitalario del ictus en cada una de sus fases
Determinar la Concordancia diagnóstica Revisar los códigos ictus activados analizando el subgrupo de pacientes fibrinizados para medir los tiempos extra e intrahospitalarios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, que incluyó todos los pacientes con diagnóstico de ictus prehospitalario por EPES durante el año 2015 en la provincia de Sevilla. La recogida de datos se realizó a partir de los registros de EPES y de la aplicación Diraya. Se recogieron variables demográficas, escalas neurológicas, tratamiento de perfusión, diagnóstico hospitalario y todos los tiempos de atención.

RESULTADOS:

En el 40,5% de la muestra se activó el código ictus. 8,6% recibió tratamiento con fibrinólisis iv. La mediana de tiempo inicio síntomas-llamada fue de 58 minutos. 23,7% fueron falsos diagnósticos de ictus. En 9 casos con código ictus activado se encontró desviación del protocolo de EPES.

CONCLUSIONES:

Existe muy bajo conocimiento por parte de la población de los síntomas principales de ictus. El motivo principal de retraso prehospitalario sigue siendo la demora a la hora de realizar la llamada a los servicios de emergencias. El porcentaje de casos en los que se realizan escalas de exploración neurológica que permitirían realizar un diagnóstico de sospecha más exacto sigue siendo bajo. Una de las posibles mejoras en el manejo del ictus prehospitalario viene determinada por la implantación de la telemedicina en nuestro sistema de salud.

O-2128

PAUTAS MÓVIL DE INSULINA PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA: UN CONCEPTO ERRÓNEO

L Lozano Polo, I Agra Montava, S Herrera Mateo, M Mateo Roca,
M Seres Roig, M Rizzi, M Turbau Valls

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus-hiperglucemia-insulina rápida

OBJETIVOS:

Evaluar el control glucémico en pacientes diabéticos que ingresan en urgencias a los cuales se les ha instaurado una pauta de insulina móvil.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional y descriptivo, realizado en el ámbito de urgencias. La muestra está formada por pacientes con antecedentes de DM que acudieron al SU durante un periodo de 2 meses del 2016.

RESULTADOS:

Se incluyeron 65 pacientes (28 mujeres) de edad media de 82,3 años (DE 10,7) con una glucemia media a su ingreso de 211,14 mg/dl (DE 88,5). Al estratificar la glucemia se observa que el 69% presentan glucemia superior de 140 sin poder especificar si esta está relacionada con la patología de base o mal control domiciliario. A las 24 horas de su estancia en la unidad de observación del SU (N = 54) la glicemia basal media es de 145,1 mg/dl (DE 59,3) este valor hace pensar que dichas pauta proporciona el correcto control pero al estratificar las glucemias se observa que el 5,6% presenta glucemia menor a 80 mg/dl y el 43,3% presenta glicemia mayor 140 mg/dl. Al momento que analizamos la glicemia preprandial observamos que la glucemia media es 179,6 mg/dl, al estratificarla en subgrupos se observa que el 5% presenta una glicemia inferior de 80 y el 49% una glicemia superior a 140 mg/dl.

CONCLUSIONES:

Las pautas de insulina móvil para el manejo de la hiperglucemia no proporcionan el correcto control glucémico, en casi el 50% de los pacientes un mal control basal y preprandial. La ausencia de protocolos de manejo de la hiperglucemia en los SU desembocan en la prescripción de pautas móviles de insulina con el consiguiente mal control glucémico. Es necesario la creación y/o optimización de protocolos de actuación dando una formación adecuada al personal de urgencias para mejorar dichos aspectos.





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

O-2186

OBJETIVO DE GLUCEMIA EN PACIENTES CON ICA INGRESADOS EN UNA UCE PARA REDUCIR LA RECONSULTA EN URGENCIAS TRAS EL ALTA**R Perales Muñoz, R Cuervo Pinto, D Redondo Domínguez, A Estrada Suela, E Gutiérrez Madrid, F Beddar Chaib, FJ Martín Sánchez***Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** hiperglucemia-insuficiencia cardiaca-unidad de corta estancia**OBJETIVOS:**

Determinar si un adecuado control glucémico (<180 mg/dL) durante el ingreso por ICA en una UCE puede ser un factor que reduzca la reconsulta precoz en urgencias tras el alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta desde una UCE con diagnóstico de ICA en los años 2012-2014 inclusive. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, tratamiento al alta y previo así como reingreso a los tres meses.

RESULTADOS:

Se incluyeron 844 pacientes con una edad media de 81 años (DE 8,73), 340 eran varones (40,3%), con un índice de comorbilidad de Charlson medio de 2,70 (DE 2,025). 315 fueron diabéticos (37,3%). Tras agrupar la muestra en pacientes con buen control glucémico durante el ingreso (Glucemia < 180 mg/dl) (n = 638), y pacientes con mal control glucémico (n = 206) se objetivó una reconsulta en urgencias en los primeros del 45,1% frente al 54,4% de los segundos (p = 0,013). El OR de reconsulta a 3 meses de pacientes con mal control glucémico frente a aquellos con buen control glucémico ajustado por antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica y tratamiento al alta con IECAs o ARaII, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona fue de 1,408 (95%IC 1,020-1,944, p = 0,038).

CONCLUSIONES:

Conseguir un adecuado control glucémico durante el ingreso, con valores inferiores a 180 mg/dl según recomendaciones SEMES-Diabetes, fue en nuestra muestra un factor determinante de menor reconsulta en urgencias a los tres meses del alta de una UCE en pacientes ingresados por ICA. Parece por tanto recomendable iniciar un tratamiento precoz de la hiperglucemia tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos desde el inicio de su ingreso en dicha unidad de cara a favorecer una mejoría pronóstica al alta.

O-2189

AUMENTO DE LA ESTANCIA MEDIA POR ICA EN LA UCE SECUNDARIO A MAL CONTROL GLUCÉMICO INTRAHOSPITALARIO**D Redondo Domínguez, R Cuervo Pinto, R Perales Muñoz, JL Lechuga Martos, L Matus, M Peiró-Camaró Adán, FJ Martín Sánchez**
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** insuficiencia cardiaca-unidad de corta estancia-diabetes mellitus**OBJETIVOS:**

Determinar si el adecuado control glucémico puede reducir la estancia media de pacientes ingresados en una UCE por ICA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes 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, analíticas y tiempo de estancia. Se consideró buen control glucémico cifras menores de 180 mg/dl durante el ingreso.

RESULTADOS:

Se incluyeron 844 pacientes de edad media 81,02 años (DE 8,74), 340 varones (40,3%), comorbilidad media de 2,70 por índice de Charlson (DE 2,03). El porcentaje de diabéticos fue del 37,3% (n = 315). Se agrupó a los pacientes en Grupo 1 (No diabéticos), Grupo 2 (Diabéticos) y Grupo 3 (No diabéticos pero con un episodio de hiperglucemia). La estancia media en días en los tres grupos fue de 1,88 (DE 1,45), 2,00 (DE 1,24) y 2,45 (DE 1,45) respectivamente (p < 0,001). Entendiendo que las diferencias eran atribuibles a diferente grado de control glucémico durante el ingreso se reclasificó la muestra en aquellos con buen control glucémico (n = 638) y mal control glucémico (n = 206) siendo la estancia media en días de 1,90 (DE 1,23) y 2,23 (DE 1,28) respectivamente (p < 0,001).

CONCLUSIONES:

Un insuficiente control glucémico durante el ingreso en una UCE de los pacientes con ICA puede contribuir a un mayor periodo de estancia hospitalaria constituyendo por tanto un factor de mal pronóstico intrahospitalario en este perfil de pacientes. La estancia hospitalaria más prolongada se objetivó en pacientes que, independientemente de ser diabéticos o no, presentaron mal control glucémico (glucemias basales o aleatorias >180 mg/dl) durante su ingreso, lo que denota la importancia de dicho control incluso en pacientes sin antecedente previo de Diabetes Mellitus.



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

O-2251

CONTROL GLUCÉMICO DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA Y RECONSULTA PRECOZ EN PACIENTES INGRESADOS EN UCE POR UN PROCESO INFECCIOSO

P Matías Soler, R Cuervo Pinto, L Matus, M Peiró-Camaró Adán,
L Mateos Sánchez, MI Perea Casado, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus-infección-unidad de corta estancia

OBJETIVOS:

Determinar si un adecuado control glucémico (glucemia < 180 mg/dl) durante el ingreso y un correcto tratamiento antidiabético al alta en pacientes ingresados en UCE por cualquier proceso infeccioso puede ser un factor que disminuya la reconsulta precoz en urgencias al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados y dados de alta de la UCE de un hospital terciario por un proceso infeccioso durante el año 2014. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, tratamiento previo y al alta, así como reconsulta en la urgencia a los tres meses.

RESULTADOS:

Resultados: Se incluyeron 1309 pacientes con una edad media de 67,69 (DE 19,199), 560 (42,8%) eran varones. 331 (25,3%) eran diabéticos. Se agruparon los pacientes de la muestra en aquellos con buen control glucémico durante el ingreso (glucemia < 180 mmg/dl) (n = 1083) y con mal control glucémico (n = 226), objetivando una reconsulta a 90 días del 33,1% y el 42,9% respectivamente (p = 0,005). Analizando el tratamiento antidiabético al alta de los pacientes con DM previa (n = 331), aquellos en los que éste fue adecuado (n = 225) reconsultaron a los 90 días en urgencias un 35,6% frente al 53,5% en aquellos en los que el tratamiento antidiabético no era adecuado al alta (n = 106) siendo las diferencias significativas (p = 0,002).

CONCLUSIONES:

En pacientes ingresados en nuestra UCE por un proceso infeccioso, conseguir un adecuado control glucémico durante el ingreso y en el caso de pacientes diabéticos instaurar un tratamiento adecuado al alta según las recomendaciones de SEMES-Diabetes, fue en nuestra muestra un factor determinante en una menor reconsulta a los tres meses del. Parece por tanto recomendable un tratamiento precoz y correcto de la hiperglucemia no solo en pacientes diabéticos, sino también en los no diabéticos, desde el inicio de su ingreso en dicha unidad de cara a favorecer un mejor pronóstico al alta.

O-2305

HEPATITIS AGUDAS EN URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 168 CASOS

P Suanzes Díez, J Llaneras, E Mena, S Romero, M Ventura,
F Sanpedro, M Riveiro-Barciela

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: hepatitis-hepatitis, viral, human-chemical and drug induced liver injury

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es conocer las características, etiología y evolución de los pacientes diagnosticados de hepatitis aguda en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un estudio prospectivo realizado entre octubre de 2013 y noviembre de 2016. Se recogieron los pacientes mayores de 16 años con elevación de transaminasas (>10 veces por encima del límite superior de la normalidad) diagnosticados de hepatitis aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Se descartaron aquellos pacientes con etiología obstructiva.

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 168 pacientes (48% mujeres) con una mediana de edad de 46.7 años [35-65]. 69 (41.1%) fueron de etiología viral, 34 (24.2%) tóxica, 25 (14.9%) autoinmune, 15 (8.9%) isquémica y 10 (6.0%) alcohólica. En un 7.7% la etiología no fue aclarada. Dentro de las hepatitis virales la causa más frecuente fue el VHB (30%), seguido del VHE (24.3%), primoinfecciones por VHC (21.4%) y VEB (10%). En cuanto a las hepatitis tóxicas, las más frecuentes fueron las asociadas a amoxicilina-clavulánico (30.6%). Un 67% requirieron ingreso y 14 pacientes fallecieron. Un 47.3% del total de los pacientes presentaron ictericia y solo un 20% hepatomegalia. La mediana de AST fue de 735 UI/L [355.5- 1468.5], ALT 974 UI/L [483-1775] y de bilirrubina total 2.41 mg/dL [1.09- 8.84].

CONCLUSIONES:

Las hepatitis agudas son una causa relevante de morbimortalidad, siendo el dato clínico más frecuente la ictericia. En nuestro medio las hepatitis agudas virales se mantienen como la causa más frecuente, seguidas de las tóxicas y las de origen autoinmune. Reforzar las medidas preventivas y los programas de vacunación sigue siendo una medida fundamental para disminuir la incidencia de hepatitis agudas virales.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-1748

DETERIORO DEL ESTADO GENERAL, UN MOTIVO DE CONSULTA MUY FRECUENTE

MJ Esquer Peris, J Guillén González, M Romay Casañ, J Girbes Bresó, R Penades Antolín, MJ Cortés Gómez

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: leucocitosis-blastos-leucemia aguda

OBJETIVOS:

Desde el punto de vista urgente, nos encontramos en muchas ocasiones ante presencia la presencia de motivos de consulta muy generales que asociamos a evolución natural de la enfermedad o del proceso vital sin encontrar una causa de deterioro clara. Sin embargo, desde urgencias en ocasiones podemos llegar al diagnóstico de patología orgánica responsable del mal estado general.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: deterioro del estado general Antecedentes personales: Alergia a penicilina, AAS y AINE (no bien documentado), alergia al polen, FA, HTP, Síndrome depresivo, enfermedad de Alzheimer vs. deterioro cognitivo multifactorial. Tratamiento: bomba de perfusión de morfina, exenatide, omeprazol, seretide, adiro 100, atorvastatina, trazodona 100, diltiazem hidrocloreuro. Enfermedad actual: mujer de 79 años que es remitida por Atención Primaria por deterioro del estado general de unos días de evolución inespecífico respecto su estado basal. Síndrome febril que se asoció a flemón dental y por el que ha estado tomando antibiótico. No otra sintomatología clínica de interés. Exploración física: Tª 37.4°C, 140/60, 135 lpm Sat O2 aa 87%, con VMK 35% 96%. Eupneica en reposo sin uso de la musculatura, obesidad, restos hemáticos en labio superior, palidez cutánea, auscultación cardipulmonar tonos rítmicos pero apagados e hipoventilación global con crepitantes bibasales. Edema con fovea en ambos miembros inferiores.

RESULTADOS:

Diagnóstico diferencial: la paciente presenta síndrome febril junto a FA rápida e ICC secundaria. La primera opción fue una descompensación cardiaca por la fibrilación auricular. Exploraciones complementarias y resultados: Analítica: elevación de reactantes de fase aguda, hipoxemia. Hb 7.6 mg/dl, Leucocitos 403.700x10e9/L, 38.000 plaquetas. ECG: FA a 134 lpm. Frotis de sangre periférica: blastos en un porcentaje superior al 90%. Rx tórax: cardiomegalia con redistribución compatible con insuficiencia cardiaca.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: leucemia aguda. Tratamiento: antibioterapia con hidroxycarbamina y alopurinol. A pesar de tratamiento la paciente muere la noche del ingreso.

P-1749

DOLOR ABDOMINAL APARENTEMENTE BANAL CON DIAGNÓSTICO TUMORAL

A Rodríguez Herrera, J Guillén González, M Romay Casañ, J Girbes Bresó, R Penadés Antolín, MJ Cortés Gómez, MJ Esquer Peris

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: neoplasia ciego-dolor abdominal-metástasis

OBJETIVOS:

Este caso clínico trata de demostrar que el dolor abdominal es una patología frecuente pero no por ello no urgente o grave y que debemos prestarle especial atención con la realización de una buena anamnesis y exploración física.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: dolor abdominal Antecedentes personales: no RAM, hipertensión arterial, exfumador, hiperplasia benigna de próstata. Intervenido de cataratas y herniorrafia bilateral. Tratamiento para hipertensión y HBP. Enfermedad actual: varón de 83 años que acude por cuadro de dolor en hemiabdomen inferior de dos días de evolución sin fiebre y con heces sin productos patológicos. No náuseas ni vómitos. No clínica de síndrome miccional. Refiere tos no mucopurulenta. No otra sintomatología clínica de interés. No cuadro constitucional. Exploración física: estable hemodinámica, abdomen depresible aunque dificultad para exploración del paciente dado el dolor abdominal y la defensa voluntaria abdominal. Abdomen no distendido. No se palpan masas ni megalias. Ruidos peristálticos normales. Tacto rectal: restos de heces sin sangre. Resto normal.

RESULTADOS:

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina de 1.60 mg/dl a expensas de la directa. Transaminasas normales, Hemoglobina, normal. Orina: se objetiva infección urinaria no sintomática Radiografía tórax: infiltrado pulmonar basal derecho. Radiografía abdomen: abdomen distendido con patrón aéreo inespecífico. Dado que el paciente presenta dolor a pesar de analgesia y mal aspecto general se decide realizar ECO abdominal, pero servicio de Radiología cree oportuno realización de TAC. TAC tóraco-abdomino-pélvico con contraste iv: hallazgos compatibles con neoplasia de ciego con extensa inflamación peritumoral, y adenopatías locales y a distancia de aspecto tumoral y metástasis hepáticas. Infiltrado pulmonar basal derecho. Diagnóstico diferencial: entre dolor abdominal funcional o tumoral.

CONCLUSIONES:

Juicio clínico: Neoplasia de ciego confirmada por anatomía patológica. Tratamiento: se decide tratamiento paliativo dado lo avanzado de la misma. Evolución: pronóstico a corto plazo no favorable.





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

P-1750

DOLOR ABDOMINAL JUNTO A CUADRO CONSTITUCIONAL

MJ Cortés Gómez, J Guillén González, L Holgado Castell, M Romay Casañ, J Girbes Breso, A Rodríguez Herrera, R Penadés Antolín

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-neoplasia páncreas-metástasis

OBJETIVOS:

Este caso clínico demuestra como desde urgencias se realiza una función muy importante no únicamente de gravedad sino de patología que debe ser filiada y de patología que es subsidiaria de seguimiento para estudio mediante un ingreso.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: dolor abdominal. Antecedentes personales: no RAM, DM tipo 2. Colectomía, hernia inguinal, apendicectomía. Resto sin interés. Enfermedad actual: Mujer de 65 años que remiten por presentar dolor abdominal de un mes de evolución con sensación de náuseas sin vómitos productivos. No cambios en el hábito intestinal, no síndrome miccional ni febril. No coluria ni acolia. Refiere cuadro constitucional asociado con mal estado general diario junto a aumento del perímetro abdominal. Exploración física: estable hemodinámicamente. Abdomen blando y depresible sin megalias, timpánico. Se palpan nódulos subcutáneos. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal negativa. Resto de exploración anodina.

RESULTADOS:

Diagnóstico diferencial: ante un dolor abdominal debemos siempre descartar causa funcional o tumoral. En este caso, ante el cuadro constitucional el caso estaba enfocado hacia etiología tumoral. Pruebas complementarias: Analítica: hiperglucemia, insuficiencia renal grado 3 conocida, enzimas hepáticas normales, iones normales. Leucocitosis con neutrofilia. Resto de series normal. Aumento de reactivantes de fase aguda. Rx tórax: sin hallazgos. Rx abdomen: distensión de asas de intestino delgado con abundante contenido fecal, aire distal sin signos de oclusión. TAC tóraco-abdomino-pélvico con contraste iv: imágenes compatibles con neoplasia de páncreas con extensa diseminación locorregional (vascular, adenopática) y a distancia (hígado, carcinomatosis peritoneal). Biopsia hepática guiada por ecografía: confirme diagnóstico de metástasis hepática. Además, anatomía patológica confirma diagnóstico de neoplasia pancreática.

CONCLUSIONES:

Juicio clínico: neoplasia pancreática metastásica. Tratamiento: paliativo. Seguimiento por consultas externas de Oncología con control del dolor. Evolución: pronóstico a corto plazo nefasto.

P-1751

DOCTOR, TENGO LA PARTE DERECHA DE LA CARA HINCHADA

A Rodríguez Herrera, J Guillén González, M Romay Casañ, J Girbes Breso, MJ Cortés Gómez, MJ Esquer Peris, R Penadés Antolín

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: otitis externa-parálisis facial-Ramsay-Hunt

OBJETIVOS:

Este caso clínico aunque posiblemente no sea extraordinario, demuestra la importancia que tiene la realización de un buen diagnóstico diferencial desde el punto de vista urgente para establecer un diagnóstico correcto.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: edema en hemicara derecha. Antecedentes personales: Posible RAM a corticoides, DM tipo 2, hipertrigliceridemia, HTA, glaucoma, síndrome depresivo. Tratamiento: antidiabéticos orales, insulina, antihipertensivos, estatinas, antidepresivos. Enfermedad actual: mujer de 63 años que acude a urgencias por edema en hemicara derecha de menos de 24 horas de evolución con dolor que irradia a cuero cabelludo junto a náuseas y aftas en boca. No fiebre. No otra sintomatología. Exploración física: estable hemodinámicamente, EVA 3. Lesiones herpéticas en hemicara derecha en todo el territorio del facial con parálisis facial periférica. Otitis derecha supurativa. Aftas en mucosa yugal. Signos meníngeos negativos. Resto de exploración normal.

RESULTADOS:

Diagnóstico diferencial: el primer diagnóstico diferencial que se plantea es entre parálisis facial central o periférica, en este caso nos decantamos por una periférica. Además, la duda más importante es si realmente hay una otitis externa maligna o no la hay (recordemos que el la paciente es diabética) debido a la gran repercusión clínica que la misma tiene. Pruebas complementarias: IC con otorrinolaringología: ingresa en Servicio de otorrinolaringología. TAC peñascos: Se observa ocupación completa del CAE derecho, debido a pólipo y POPE. La ocupación medialmente no llega a contactar con la membrana timpánica. No se observan erosiones óseas que orienten radiológicamente a otitis externa maligna. Se observa edematización de la grasa subcutánea de la hemicara derecha.

CONCLUSIONES:

Juicio clínico: Otitis externa por herpes zóster Ramsay-Hunt sobreinfectado con parálisis facial. Tratamiento: analgesia, antirretrovirales (500 mg/8 horas), ciprofloxacino 500 mg/12 horas, gotas y crema tópica antibiótica y con corticoides de baja potencia. Evolución: resolución del cuadro.





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

P-1752

ERUPCIÓN CUTÁNEA, LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO MANEJO

**MJ Cortés Gómez, J Guillén González, L Holgado Castell,
M Romay Casañ, J Girbes Breso, R Penadés Antolín,
A Rodríguez Herrera**

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: exantema-fármacos-saturación de oxígeno

OBJETIVOS:

En urgencias las reacciones cutáneas en ocasiones son tratadas como banales, con una mínima exploración y tratamiento domiciliario sin vigilancia clínica. Este caso clínico demuestra la importancia de una correcta exploración física para evitar complicaciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: Erupción cutánea pruriginosa. Antecedentes personales: No RAM conocidas, amigdalectomía, no factores de riesgo cardiovascular asociados, depresión. Tratamiento: alprazolam 1, fluoxetina 20, bisoprolol 2.5, omeprazol 20. Enfermedad actual: Mujer de 56 años que refiere erupción cutánea pruriginosa de aparición brusca en zona del escote y lumbar. Refiere toma de antigripales/antitusígenos por clínica de escalofríos y tos irritativa. Por lo demás, no refiere otra posible etiología. No disnea. No dolor torácico. No cuadro infeccioso previo. No fiebre. No dificultad para tragar. Resto sin interés. Exploración física: destaca una saturación de oxígeno a aire ambiente 83%. ACP: rítmica sin roces ni soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. No edema de úvula.

RESULTADOS:

Diagnóstico diferencial: reacción adversa a medicación/bronquitis aguda. Pruebas complementarias:.- Gasometría arterial: alcalosis respiratoria (pO₂ 48). Sat oxígeno 82%.- Analítica: parámetros dentro de la normalidad. Troponina I y dímero D negativos.- Rx tórax: dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES:

Juicio clínico: erupción cutánea posiblemente secundaria a antitusígenos/antigripales que provoca desaturación de oxígeno con inicio de bronquitis aguda. Tratamiento: corticoides orales e inhalados, antibioterapia empírica, broncodilatadores de acción corta y larga con su tratamiento de base. Evolución: la paciente evoluciona de manera favorable recuperando su saturación basal y sin repercusión a nivel general.

P-1753

EVENTOS CARDIOVASCULARES (ECV) EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPOGLUCEMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**RA Penadés Antolín, MJ Cortés Gómez, R Muñoz Albert,
A Sánchez Cortés, J Girbes Breso, M Cuenca Torres**

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus-hipoglucemia-enfermedades cardiovasculares

OBJETIVOS:

Describir la relación de padecer un evento cardiovascular en pacientes diabéticos que acuden a un servicio de urgencias y sufren un episodio de hipoglucemia en el año anterior.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera desde el 1/1/2014 al 31/12/2014. Valoración de ECV 12 meses después del episodio hipoglucémico.

RESULTADOS:

El estudio se realizó sobre una muestra de 146 pacientes, cuya edad media fue de 77 años y en su mayoría mujeres. El 89% de los pacientes sufrían diabetes de tipo II: 47,9% tratados con insulina y 31,5% con insulina+ADO. Antecedentes cardiovasculares: 69,2% HTA, 45,9% dislipemia, 11% enfermedad cerebrovascular, 17,1% arteriopatía periférica y 19,2% cardiopatía isquémica. En el 50% de los pacientes los niveles de glucemia fueron inferiores a 97,5mg/dl. Destino al alta tras hipoglucemia: domicilio (93,2%). El 91,1% no sufrió ECV tras el episodio hipoglucémico. ECV más padecido: cardiopatía isquémica 61,5%. Pacientes que sufrieron ECV tras episodio hipoglucémico tienen 1,3 veces más riesgo de fallecer. El 14,9% con antecedentes dislipémicos sufrieron ECV, evidenciándose 4,5 veces más riesgo de sufrirlos. Existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes de arteriopatía periférica y la aparición de enfermedad cardiovascular tras episodio de hipoglucemia. Paciente con arteriopatía periférica tiene 5,15 veces más riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

CONCLUSIONES:

No existen diferencias significativas entre los pacientes diabéticos que sufren un episodio de hipoglucemia en el Servicio de Urgencias a la hora de padecer un ECV.



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

P-1754

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HELITRANSPORTE
DE PACIENTES CON ICTUS EN EXTREMADURAL Durán Cabanillas (1), I Cabanillas Manchón (2),
R Morilla Romero de la Osa (3)*(1) Residencia Real Villa. (2) Desempleado. (3) Dpto. de Enfermería. Universidad de Sevilla. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). CIBER de Epidemiología y Salud Pública. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla***PALABRAS CLAVE:** accidente cerebrovascular-atención prehospitalaria-transporte de pacientes**OBJETIVOS:**

Describir el perfil de pacientes con ictus helitransportados por uno de los dos helicópteros operativos en la Comunidad de Extremadura.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de corte transversal, que registra todos los casos de ictus atendidos en años los años 2014-2015 por el Helicóptero de Emergencias Médicas Sanitarias (HEMS) de Don Benito (Badajoz).

RESULTADOS:

Se atendieron 83 casos de ictus, de un total de 424 asistencias lo que supone un 19,6% de los pacientes atendidos. Pacientes entre 36-91 años con una media de edad de 64,75 años, mayoritariamente hombres (62%). La mayor parte de los traslados fueron primarios (53%) desde un centro de salud (56%). Sólo se contabilizó un éxito (1,2%). En global, en primavera se dieron menos de la mitad de casos que en el resto de estaciones. Hubo diferencia estadísticamente interanual en la distribución estacional de los casos ($p = 0,038$) debido a que el número de casos en invierno y primavera de 2014 fue significativamente superior a los de estas estaciones de 2015. Los tiempos de respuesta (desde recibir el aviso a llegada al paciente) se hallan entre 18-89 minutos con una media de 30,19.

CONCLUSIONES:

Área de estudio con orografía accidentada y compuesta por núcleos rurales pequeños, dispersos con pocos recursos sanitarios donde el lugar de asistencia suele ser un centro de salud alejado del hospital. Esto, junto con a la premura en iniciar el tratamiento en este tipo de pacientes, y la relativa frecuencia con la que se atienden casos (cerca del 20% del total), hace que el HEMS sea una opción de elección ya que ha mostrado unos tiempos de respuesta cortos y una tasa baja de éxito.

P-1756

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA?
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR
SAMUR-PROTECCIÓN CIVILT González Vila, C Torres Gómez de Cádiz, S González Rodríguez,
S Justo Morato, LL Zubillaga Carmona, MC Castillo Ruiz de Apodaca,
JM Penin Peon

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: psiquiatría-servicios médicos de urgencia-servicios de salud mental**OBJETIVOS:**

Describir el perfil epidemiológico de los pacientes atendido con patología psiquiátrica en un Servicio de Emergencias Médicas (SEM) en la ciudad de Madrid.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: Pacientes atendidos con patología psiquiátrica por unidades asistenciales de SVB en un SEM, en la ciudad de Madrid en el año 2016. Variables: demográficas y de tipología del suceso. Recogida de datos de la historia clínica.

RESULTADOS:

A lo largo de 2016 se han atendido 540 asistencias de paciente psiquiátrico en SVB con una media de edad de 39 años (DE 14), de los cuales el 55.2% son hombres. El mayor número de atenciones han tenido lugar en miércoles (16.9%) seguido muy cerca del lunes (16.7%), en el mes de diciembre (12.4%), y en turno de tarde (50.5%). Estos pacientes han sido en su mayoría crisis nerviosas o trastornos de ansiedad (14.3%) y problemas psiquiátricos (13.5%). Tras la primera atención, del total de los pacientes, el 85.5% ha sido trasladado a un centro hospitalario para valoración por un servicio de psiquiatría, de los trasladados el 23.5% ha sido a la Fundación Jiménez Díaz más especializada por su programa de prevención del suicidio con el que trabajamos en el servicio. Solo el 2.2% ha sido trasladado a un hospital infantil.

CONCLUSIONES:

El mayor número de atenciones han tenido como desenlace una crisis nerviosa o trastorno de ansiedad, más que un problema psiquiátrico en sí mismo. Esto, unido al incremento de demandas de asistencia por posible patología psiquiátrica, quizás, se pueda deber a la alta presión en la que muchas personas están sometidas en una gran ciudad entre la vida laboral y la vida privada.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-1757

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

E H P, M Valenzuela Anguita, J Gil López, J Ibarra Cuenca,
J Cánovas Sánchez, S Moreno Reina, C Esteban Lloret

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: cuidados paliativos-protocolo-urgencias

OBJETIVOS:

A. Analizar el cumplimiento del protocolo implantado en el servicio de urgencias B. Cuantificar criterios de calidad planteados por la SE-CPAL. C. Detectar áreas de mejora susceptibles de cambio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo durante un periodo de 6 meses (1-9-16 al 29-2-17) de los pacientes en situación terminal o agonía que ingresan desde el servicio de urgencias a la UCP. Hemos revisado en las historias clínicas (informes médicos y de enfermería), anotando aquellas variables de relevancia, ajustadas a la guía de estándares de calidad de la SECPAL.

RESULTADOS:

Con el análisis de una muestra de 182 pacientes que han ingresado en la UCP desde urgencias, incluidos o no en el programa de CCPP de la región, destacamos que 62% son hombres y 38% mujeres con una edad media de 74 años. En cuanto a las enfermedades valoradas son de origen oncológicos en su mayoría (62%), seguidas de las enfermedades respiratorias (23%), cardíacas (8%) y el resto (14%). En referencia a la aplicación de algunas medidas del protocolo analizamos presencia de dolor (34%) y la sedación paliativa (13%), la ubicación adecuada del paciente (28%) y el acompañamiento de la familia (42%), entre otras variables.

CONCLUSIONES:

La implantación del protocolo de cuidados paliativos en nuestro servicio de urgencias supone un reto para el equipo y un sinfín de beneficios para el paciente-familia, pero como todo proceso, debemos analizar y evaluar tanto fortalezas como debilidades. En nuestro caso hemos detectado que no se cumplen todos los objetivos, por lo que es necesario implantar medidas de mejora para visibilizar mejor la atención integral a estos pacientes en todos los ámbitos y conseguir aumentar el cumplimiento de los objetivos. Se han detectado áreas de mejora relacionadas principalmente con el registro de enfermería y con la evaluación del dolor.

P-1759

MIDAZOLAM VS. DIAZEPAM EN CONVULSIONES SIN VÍA VENOSA DISPONIBLE

C Pérez Fernández (1), M Pons Claramonte (2), L Veneros
Luzuriaga (1), P Mascarell Oriola (1), Y Ruiz Vidal (1),
N Martínez Navarro (3), P Gutiérrez Pascual (4)

(1) SUM (Servei Urgent Mèdic). Andorra. (2) SAMU Comunidad Valenciana. SUM Andorra. (3) Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. (4) Centro de Salud Joaquín Elizalde, Logroño

PALABRAS CLAVE: midazolam-administration, intranasal-seizures

OBJETIVOS:

Demostrar si el midazolam (MDZ) tiene ventajas sobre el diazepam en pacientes con convulsiones que aun no poseen una vía venosa canalizada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se han revisado exhaustivamente 3 guías de práctica clínica (NICE, Evidenced-based guideline: treatment of convulsive status in children and adults, Clinical Policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures), 2 sumarios de evidencia (Uptodate y Dynamed) y 5 revisiones sistemáticas (Anticonvulsant therapy for status epilepticus. Cochrane Database of Systematic Reviews, Nonintravenous midazolam versus intravenous or rectal diazepam for the treatment of early status epilepticus: A systematic review with meta-analysis, Efficacy of nonvenous medications for acute convulsive seizures: A network meta-analysis, Common Reference-Based Indirect Comparison Meta-Analysis of Buccal versus Intranasal Midazolam for Early Status Epilepticus, Efficacy and safety of anti-epileptic drugs in patients with active convulsive seizures when no IV access is available: Systematic review and meta-analysis).

RESULTADOS:

Las RS más actualizadas, muestra que el MDZ tanto bucal como intranasal fue superior a diazepam rectal en el cese de la convulsión. Los SE muestran que MDZ intramuscular a nivel extrahospitalario puede ser más efectivo que lorazepam o diazepam intravenosos y en niños el MDZ intranasal o bucal sería de elección. Las GPC recomiendan en el medio extrahospitalario MDZ intramuscular como primera elección. Y en adultos con estatus epiléptico, MDZ intramuscular es tan efectivo como lorazepam, diazepam o fenobarbital intravenoso (Nivel de evidencia A)

CONCLUSIONES:

Nuestras conclusiones serían que a nivel extrahospitalario y en paciente con convulsiones, el MDZ sería el fármaco de elección, siendo las vías intramuscular, intranasal u oral igual de efectivas en paciente sin vía venosa canalizada.





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

P-1764

MANEJO DE LA HIPERPOTASEMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

FJ Gil Gómez, D Sánchez Sendin, M García Diego,
M Vicente de La Cruz, I Fernández García, J Sevillano, J Andueza Lillo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperpotasemia-errores-urgencias

OBJETIVOS:

Analizar las características de los pacientes que acuden a urgencias con hiperpotasemia. Con especial hincapié en el manejo del paciente, incluidos los errores detectados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogieron datos de 100 pacientes que acudieron al servicio de Urgencias con hiperpotasemia. Año 2015. Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se analizaron un total de 71 variables que incluían entre otros: datos demográficos, clínicos, ingresos hospitalarios y mortalidad.

RESULTADOS:

La media de edad fue de 78,5 años siendo un 25% > 75 años. 52% fueron mujeres. En los antecedentes personales destacaban: HTA 87% Cardiopatías 60% ERC 53% Diabetes 51% No presentaban síntomas el 48% Neuromuscular el 70% y cardíacas el 8% El EKG no estaba descrito en un 46% de los casos. No se encontró alteración asociada hasta en un 89% de los casos. Los pacientes tomaban medicamentos relacionados con el desarrollo de hiperpotasemia hasta en un 77% de los casos. IECA 42% Betabloqueantes 22% ARA2 20% Se trató en la mayoría de casos de Hiperpotasemia hipovolémica, mayoritariamente por trastornos de excreción y por shift. De los 100 pacientes, el 80% requirió ingreso, con una mortalidad del 20%. En cuanto al manejo un 60% recibieron salino, solo un 40% insulina, menos de un 20% beta2, menos de un 10% gluconato cálcico. Se detectó errores tanto en el diagnóstico como en el tratamiento en más del 80% de los casos. El más frecuente fue no realizar un EKG hasta en un 64% de los casos y no poner beta2 cuando estaba indicado, entre otros.

CONCLUSIONES:

1. Patología potencialmente letal e infradiagnosticada en urgencias por ser asintomática en muchos casos. 2. Suelen ser pacientes con comorbilidad asociada. 3. Generalmente asociada a medicamentos fundamentalmente IECA. 4. Cometemos errores en su manejo de manera abrumadora. No hacemos EKG en un gran número de casos. En el tratamiento infrutilizamos el uso de beta2 y probablemente ponemos pocas veces el gluconato cálcico cuando estaría indicado. 5. No olvidemos que mueren un 20% de nuestros pacientes con hiperpotasemia.

P-1773

CÓDIGO ICTUS QUE TERMINA EN LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL

D Sánchez Díaz-Canel (1), J Guillén González (1),
L Holgado Castell (1), J Matamoros Hernández (2),
L Manclús Montoya (1), P García Bermejo (1), JM Currás Móstoles (1)

(1) Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia. (2) C. S. Almussafes. Valencia

PALABRAS CLAVE: ictus-lesión ocupante de espacio-glioblastoma multiforme

OBJETIVOS:

La clínica neurológica desde el punto de vista urgente encierra más patología además del ictus que se considera per se el cuadro agudo más importante.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: adormecimiento de hemicuerpo izquierdo. Antecedentes personales: no RAM, intolerancia a metamizol, HTA y dislipemia, no diabetes mellitus, no consumo de tóxicos, hipotiroidismo, vejiga hiperactiva, artritis psoriásica. Resto de antecedentes sin interés. Tratamiento actual: olmesartán 40 mg, propranolol 40 mg, daivobet crema, vesicare 5 mg, betmiga 50 mg, levotiroxina 75 mg, atorvastatina 40 mg. Enfermedad actual: Mujer de 53 años que acude por cuadro de cosquilleo y adormecimiento de pie izquierdo que afecta rápidamente hemicuerpo izquierdo. Temblor facial y sacudidas rítmicas en mano izquierda. No disartria, ni afasia motora ni sensitiva. Exploración física: estable hemodinámicamente. Sacudida clónicas leves. Fuerza en hemicuerpo izquierdo 4/5. No pérdida de sensibilidad. No presenta disartria ni afasia motora ni sensitiva. No desviación de la comisura bucal. En el momento de la exploración el hormigueo ha desaparecido. Resto de exploración clínica por aparatos dentro de la normalidad. Diagnóstico diferencial: ictus hemorrágico/isquémico, lesión ocupante de espacio, crisis comicial.

RESULTADOS:

Análítica: dentro de los parámetros de la normalidad Rx tórax: sin hallazgos de interés. ECG: ritmo sinusal a 75 latidos por minutos sin alteraciones aguda ni de la repolarización. TAC craneal: lesión ocupante de espacio (LOE) supratentorial hemorrágica con captación en anillo, a valorar realizar RM de confirmación. RM craneal: hallazgos sugestivos de tumoración glial de alto grado. Anatomía patológica: confirma diagnóstico radiológico de glioblastoma multiforme de alto grado.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: glioblastoma multiforme de alto grado Tratamiento: quimioterapia y radioterapia paliativa. Corticoterapia para reducir el edema cerebral. La clínica neurológica desde urgencias es muy frecuente y en ocasiones está causada por etiología menos frecuente y diferente al ictus o a la hemorragia craneal.





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

P-1792

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA BILATERAL EN MUJER JOVEN:
DEBUT DE TUMOR DE KRUKENBERG

C González Pozo, C Mateos Madrid, E Moriel Santaella, M Tejón Ruiz
Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-Insuficiencia renal-tumor

OBJETIVOS:

Mediante las pruebas de imagen, se filia tumoración ovárica bilateral que obstruye ambos uréteres. La paciente es ingresada para completar estudio y tratamiento.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mediante RMN se describen sendas lesiones ováricas de apariencia sólido- quística, líquido libre en Douglas, adenopatías en ambas cadenas ilíacas. Se completa estudio de extensión con PEC-TAC siendo negativo. Se realiza cirugía con anatomía patológica: adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello en ambos ovarios.

RESULTADOS:

Ante la sospecha de tumor de Krukenberg, se completa estudio con EDA, observándose neoformación gástrica la cual se confirma adenocarcinoma de células de anillo de sello.

CONCLUSIONES:

Es diagnosticada de tumor de Krukenberg secundario a adenocarcinoma gástrico de células de anillo de sello, y en la actualidad está recibiendo tratamiento con quimioterapia con intención curativa.

P-1798

NO SIENTO LA PIERNA

GM Gómez García (1), M Romero Brugera (1), B Paderne Díaz (1), MF Fernández Salgado (1), O Álvarez López (1), AM Massa Achútegui (2), S Raposo Galeano (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. (2) C. S. Arroyomolinos. Madrid

PALABRAS CLAVE: desplazamiento disco intervertebral-cervical-parestesia

OBJETIVOS:

Presentar un caso con clínica atípica que podría simular otra enfermedad neurológica de carácter desmielinizante o degenerativa.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 44 años sin antecedentes personales de interés, que acudió por presentar dolor a nivel paraescapular derecho de 2 meses sin traumatismo previo, posteriormente empezó con parestesias y disminución de fuerza en miembro superior derecho distal (mano y dedos), sin afectación a nivel proximal y progresó en días siguientes con la misma clínica neurológica a nivel proximal de miembro inferior derecho y marcha con piramidalismo, que le hacía tropezar y no realizar actividades cotidianas de forma adecuada, sin afectación a otro nivel neuronal. La Rx cervical solo presentó rectificación de lordosis. Y Rx dorsal sin hallazgos. Analítica anodina. Se ingresó para estudio.

RESULTADOS:

La RM Cervical evidenció gran hernia discal C5-C6 extruída, emigrada caudal, postero y paramedial comprimiendo y desplazando posteriormente el cordón medular que mostraba importante deformidad y alteración de la señal como datos de mielopatía compresiva. Lo que ocasionó el déficit neurológico sin cervicalgia. El diagnóstico diferencial ante esta forma de presentación, sin traumatismo previo se planteó con enfermedades desmielinizantes, infarto medular o tumoración ocupante de espacio medular. Se derivó de forma urgente a Sº de Neurocirugía para el tratamiento quirúrgico inmediato de la hernia. Tras el cual recuperó la fuerza de ambos miembros rápidamente pero las parestesias se mantuvieron aproximadamente 3 meses.

CONCLUSIONES:

La afectación de miembros inferiores secundarios a hernia discal cervical es infrecuente, pero debemos siempre tenerla en cuenta. Se debe realizar diagnósticos de imagen precoz para realizar cirugía temprana, evitar evolución tórpida y conseguir una rápida recuperación de la clínica neurológica ya establecida.





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

P-1802

ESTUDIO DE LOS PROCESOS NEUROLÓGICOS AGUDOS MÁS FRECUENTES EN SUH SEGOVIA MEDIANTE LOS HALLAZGOS DE LAS TAC CRANEALES

SB Gil López, S Macías Martín, I Marcos Sánchez,
M Gutiérrez de Antonio, P Alonso Chacón, E Muñoz Alonso,
A Narros Giménez

Hospital General de Segovia

PALABRAS CLAVE: pacientes neurológicos-TAC-ACVA

OBJETIVOS:

El objetivo fue determinar los datos demográficos, la etiología y los hallazgos del TAC craneal en los pacientes que acuden al servicio de Urgencias con síntomas neurológicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Analizamos todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias con síntomas neurológicos a los que se realizó un TAC craneal. Se excluyeron los TAC que presentaban alteraciones crónicas o extracraneales. Fueron revisados todos los TAC patológicos con patología aguda y los TAC normales, con objeto de evaluar alteraciones isquémicas de aparición tardía. Estudiamos la etiología, código de Triage, GCS, hallazgos del TAC. Se siguió la evolución de los pacientes y el desenlace final. Se aplicó estadística descriptiva.

RESULTADOS:

Se atendieron en Urgencias 7749 pacientes. Se realizó TC craneal a 303 (3,91%). 179 tenían un TAC patológico y de ellos se identificaron 57 pacientes que sufrían procesos intracraneales agudos. La edad media fue de 76,96 años, sexo femenino 35%. El GCS fue a la llegada a Urgencias > 8 en 56 y el código de triage fue > III en 2. Sólo 6 pacientes, un 10,52% de los 57 con lesiones intracraneales agudas fueron derivados a otro hospital para tratamiento neuroquirúrgico y 5 fallecieron en nuestro hospital. La etiología de los procesos agudos más frecuente fue el ACVA isquémico (52,63%), seguido del TCE (19,29%), y el ACVA hemorrágico (14,03%). Interpretamos estos hallazgos en el contexto de la elevada edad media de la población estudiada. Los hallazgos en el TAC craneal fueron: TAC normal 38,94%, cambios crónicos relacionados con la edad 41,58% y sólo el 18,81% mostraron lesiones agudas. Ingreso en planta 39, en UCI 6, derivados a neurocirugía 6 y 4 a su domicilio. El desenlace: alta 52 y éxitus 5.

CONCLUSIONES:

Un 4% de los pacientes que acudieron al SUH fueron sometidos a TAC craneal. El 18% tenían hallazgos patológicos intracraneales agudos. El código de Triage fue capaz de discriminar los pacientes con procesos agudos a los que se debía someter a TAC craneal. No así la puntuación de GSC. Los procesos agudos más frecuente fueron el ACVA isquémico, seguido TCE y ACVA hemorrágico.

P-1808

PAPEL DEL MÉDICO DE URGENCIAS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

M Gil López (1), F Moreno Calatrava (1), E Prado Mel (2),
AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital de la Merced (Área Gestión Sanitaria Osuna). Sevilla. (2) Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: oncology-emergency care-chemotherapy

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes oncológicos atendidos en urgencias entre enero y diciembre de 2015. Los datos se obtuvieron a partir de la historia digital Diraya®. Se recogieron como variables: Características sociodemográficas (edad/sexo), motivo de consulta, diagnóstico al alta, tipo y localización y estadio del tumor, resolución del paciente en urgencias o necesidad de ingreso hospitalario. Se realizó un análisis a través de Microsoft® Excel 2010.

RESULTADOS:

Se atendieron 118 pacientes de Enero a Diciembre de 2015. El 62% eran varones. La mediana de edad fue de 64 años (DT 9,8 años). Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre/infección en el 39%, de los cuales un 11% fueron neutropenias febriles, complicaciones digestivas en un 20%, de las cuales un 54% fueron vómito o diarrea, y trombosis en 11 casos. Tanto el dolor como el efecto secundario al tratamiento quimioterápico fueron motivos de consulta poco frecuentes (4%). Según la localización del tumor, los más frecuentes fueron en tracto digestivo (48%), pulmón (18%), mama (15%) y urológicos (10%). De los 118 pacientes, un 94% estaban recibiendo quimioterapia. Un 65% de los pacientes presentaban estadio avanzado de enfermedad frente a un 3% en estadio inicial. Tras la atención urgente, un 62% fueron dados de alta desde urgencias requiriendo ingreso hospitalario un 37%.

CONCLUSIONES:

Hasta un 62% de los pacientes oncológicos atendidos son resueltos en urgencias sin precisar ingreso hospitalario por lo que la formación del médico de urgencias en patología oncológica es fundamental. Más del 60% de los pacientes oncológicos que acuden a urgencias presentan enfermedad avanzada. La mayoría de los pacientes en estadio IV estaban siendo tratados con quimioterapia, por lo que el motivo de ingreso puede estar influenciado tanto por el estadio de la enfermedad como por el tratamiento quimioterápico.





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

P-1819

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE POR DÉFICIT DE TIAMINA

P García Bermejo (1), J Guillén González (1), L Holgado Castell (1), J Matamoros Hernández (2), L Royuela García (3), L Manclús Montoya (1), E Guirado Barjola (4)

(1) Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia. (2) C. S. Almussafes. Valencia. (3) C. S. Catadau. Valencia. (4) C. S. Llombai. Valencia

PALABRAS CLAVE: Wernicke-alcoholismo-tiamina

OBJETIVOS:

La encefalopatía de Wernicke es una entidad rara que en la práctica cotidiana no es frecuente. Desde urgencias, podemos plantearnos este diagnóstico ante oftalmoplejía, ataxia y confusión.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: deterioro cognitivo. Antecedentes personales: no RAM conocidas, fumador activo de 1 paquete diario, alcoholismo crónico moderado, no tratamiento crónico habitual. Enfermedad actual: varón de 64 años que es remitido por deterioro cognitivo de una semana de evolución. Refieren los familiares comportamiento extraño y sensación de encontrar al paciente ausente. Déficits en su vida cotidiana. No fiebre. Resto sin interés. Exploración física: caquético. TA 121/88, FC 131 lpm Tª 36°C. No focalidad neurológica, no dismetrías, inestabilidad a la marcha, atáxica. Romberg negativo. Nistagmus vertical-rotatorio, oftalmoplejía. No signos de hepatopatía crónica aparente. Resto de exploración normal. Diagnóstico diferencial: descartar causas orgánicas, metabólicas y funcional del deterioro cognitivo.

RESULTADOS:

Análítica: hipertransaminasemia, déficit de vitamina B12 y B1, iones normales, bioquímica y hemograma normal. ECG: ritmo sinusal a 100 ppm sin alteraciones agudas ni de la repolarización. Orina: normal. Tóxicos en orina: sin hallazgos. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. Punción lumbar: LCR sin alteraciones. Herpes simple 1 y 2 negativos. TAC cráneo sin hallazgos. Ante las alteraciones neurológicas se decide ingreso para filiar cuadro clínico realizándose más pruebas complementarias. RM cerebral sin contraste: alteración de señal bilateral y simétrica periacueductal, en la porción media de ambos tálamos, en las vías mamilopontinas, los tubérculos cuadrigéminos y porción posterior del lóbulo raquídeo. En el estudio de difusión se observa restricción de la difusión de la porción media de ambos tálamos que es sugestivo de encefalopatía de Wernicke por déficit de tiamina.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: encefalopatía de Wernicke por déficit de tiamina. Tratamiento: reposición de cianocobalamina y otras vitaminas del grupo B. Se intensifica reposición de tiamina vía intravenosa y al alta intramuscular semanal con mejoría clara del cuadro.

P-1832

LUMBOCIÁTICAS, UN PROBLEMA DE SALUD SIN RESOLVER

R Royo Hernández (1), J Gómez Bitrián (1), A García Noaín (1), JL del Río Aísa (2), S Duerto Cebollada (2), JM Abascal Roda (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (2) H. Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: ciática-diagnóstico multidisciplinar-prevención

OBJETIVOS:

Conocer el estado actual de esta patología en un Servicio de urgencias en un hospital de Tercer Nivel. Conocer el perfil del paciente que acude a Urgencias con diagnóstico de lumbalgia y su manejo general.

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 lumbago o 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 2.803 pacientes con lumbago/ciática, de un total de 126.628 urgencias atendidas (2.21%). Edad media: 51 años, 1463 mujeres (52.2%) y 1339 hombres (47.8%), con una prioridad de triaje (Sistema Español de Triage) del 54% en el nivel IV y del 37% en el nivel V, siendo dados de alta 2684 pacientes (95,7%). De los 118 ingresados (4.3%), 49 fueron (41.5%) fueron en Neurología, 37 (31.5%), en Neurocirugía, 26 (22%) en Reumatología y 6 (5%) en otros servicios.

CONCLUSIONES:

1.- La lumbociática, es una patología frecuente en nuestros Servicios de Urgencias, con un 2,21% de las urgencias atendidas, pero con un 91% de niveles bajos de triaje (IV y V) y un alto porcentaje de altas a domicilio (95.7%), lo que demuestra que es una patología sobredimensionada en Urgencias y que debería atenderse mayoritariamente en consultas ambulatorias. 2.- El porcentaje de ingresos es bajo y además está repartido en varios Servicios, por lo que es necesario una mejor planificación y protocolización en el manejo de esta patología.





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

P-1879

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR METASTÁSICA. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS

E Quero Motto, LM Muñoz Gimeno, E Marín Arranz,
M Carrión Fernández, I González Riquelme, AB Pérez Pérez,
E Valle Rodríguez

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: compresión de la médula espinal-dolor de la espalda-espectroscopia de resonancia magnética

OBJETIVOS:

Establecer y reseñar cuales son las claves diagnósticas de Síndrome de CMM, para facilitar su identificación urgente y posibilitar un tratamiento precoz del mismo, con las importantes implicaciones pronósticas que ello conlleva.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo con el diagnóstico de CMM. Análisis de datos epidemiológicos, clínicos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos realizados.

RESULTADOS:

El número de pacientes fue de 53. Siendo 37 varones (69,8%) y 16 mujeres (30,1%), con edad media de 59,5 años. El motivo de consulta fue: Dolor de espalda, presente en todos los pacientes (100%), de forma aislada en 8 (15%) y asociado a otras manifestaciones neurológicas (claudicación motora y/o alteraciones sensitivas en miembros, disfunción esfinteriana) en los 45 restantes (85%). El método diagnóstico en todos ellos fue la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), pero solo en 26 (49,5%), se llevó a cabo en Urgencias. En cuanto al proceso neoplásico subyacente, 40 pacientes (75,4%) ya tenían un diagnóstico previo conocido y en 13 (24,5%) la CMM fue la forma de debut. Los tumores asociados fueron, en varones el carcinoma microcítico pulmonar y adenocarcinoma de próstata (entre ambos el 48,6% del total) y en mujeres el carcinoma de mama (50%) y microcítico de pulmón (18%). El tratamiento aplicado fue, esteroides de forma inmediata en 19 pacientes (35,84%) y Radioterapia a todos, en 8 de ellos (15%) en las primeras 12 horas tras el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

- La CMM es una emergencia oncológica y puede ser la forma de presentación de una neoplasia (en nuestra serie cerca del 25% de los casos).
- El dolor, asociado o no a otros síntomas y signos neurológicos, fue la manifestación clínica más frecuente (en nuestro caso, presente en todos los pacientes). Por ello ante un paciente oncológico conocido o con signos de alarma para neoplasia subyacente, su presencia nos debe poner en alerta ante la posible existencia de una CMM.
- La RMN es la técnica de elección para el diagnóstico definitivo de la CMM, ante la sospecha, su indicación debe establecerse desde Urgencias, para una rápida identificación del cuadro y un tratamiento precoz, de gran importancia para el pronóstico final del proceso.

P-1924

TROMBOPROFILAXIS EN FIBRILACIÓN AURICULAR. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS ESPECÍFICAS REFERIDAS AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS

E Quero Motto, LM Muñoz Gimeno, L Guirado Torrecillas,
M Lozano Espinosa, MJ Huertas Sánchez, M Carrión Fernández,
E Valle Rodríguez

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: fibrilación atrial-accidente cerebro vascular-prevención primaria

OBJETIVOS:

Establecer la actitud médica actual respecto al tratamiento tromboprofiláctico de la FA en pacientes antes y después de sufrir un Ictus.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de pacientes que habían tenido un ACV isquémico en el contexto de una FA, ya conocida previamente o bien diagnosticada durante el ingreso.

RESULTADOS:

Se estudiaron 125 pacientes: 56 varones (44,8%) y 69 mujeres (55,2%). Los factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial (82,4%), Diabetes (32,8%) y la Dislipemia (28%). En 78 (62,4%) la FA fue diagnosticada antes del ictus, y en los 47 restantes (33,6%) era desconocida. De los pacientes con FA conocida la pauta anti-trombótica era la siguiente: 42 con ACO (38 con AVK y 5 con no AVK), 4 tomaban Aspirina y los 31 restantes (39,74%) no tenían tratamiento antitrombótico. De los 38 con AVK, en 27 (34,6%) el INR estaba en rango infraterapéutico antes del ictus. En cuanto al tratamiento tras el ictus: en 67 (62,4%) se indicó AVK, en 18 (17,14%) un no AVK y anti-agregantes en 5. No se trataron con ningún tratamiento 7 pacientes. 20 pacientes fueron exitus.

CONCLUSIONES:

? El número de pacientes con FA que precisan tratamiento anticoagulante pero no lo llevan es muy alto. En nuestra serie el 40% no recibían tratamiento o era inadecuado. ? Los AVK son eficaces en la prevención del ictus. Siempre que se consigan porcentajes de tiempo en rango terapéutico superiores al 65%. Pero en la práctica clínica el número de pacientes con controles fuera de rango sigue siendo muy elevado, en nuestro caso por encima del 30%. ? Los ACO no AVK son seguros y eficaces, pero su uso es bajo en nuestro medio. En nuestra serie sólo 5 pacientes estaban en prevención primaria y tras ictus se indicaron en 18 pacientes (17%).





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

P-1932

INCIDENCIA DE LA ANAFILAXIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS URBANO DE MADRID

RJ Gómez Soler (1), MC Castillo Ruiz de Apodaca (1),
M Batlle Pérez (2), B Motrel Berjano (1), A Requena López (3),
ML Caballero Soto (4)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid. (2) Cardiología. Hospital del Henares. Coslada, Madrid. (3) 061 Aragón. (4) Servicio de Alergia. Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid

PALABRAS CLAVE: anaphylaxis-ethiology-prehospital

OBJETIVOS:

Determinar la incidencia de reacciones anafilácticas registradas durante un año por el Servicio de Emergencias de Madrid y su posible origen, en función de los datos aportados por pacientes o testigos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos con diagnóstico de anafilaxia, por unidades de soporte vital avanzado, en el servicio de emergencias prehospitalario SAMUR-PC, durante el año 2016. Variable resultado: anafilaxia definido en base a la afectación de dos o más sistemas. Variables independientes: demográficas, alergias previas, etiología, síntomas, constantes vitales, tratamiento e ingreso hospitalario. La recogida de datos se obtuvo de la historia clínica. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

RESULTADOS:

Se registraron 377 casos (código anafilaxia) lo que corresponde a una incidencia de 0,38% del total de casos atendidos, siendo 51,2% mujeres, mediana 28 años (15-43) y 50,7% alergias previas. La distribución por etiologías fue: alimentaria (47,5%), idiopática (30,5%), medicamentosa (11,7%), venenos de insectos (4,2%), factores físicos (4,8%), contrastes radiológicos (0,5%) y ocupacional (0,3%). Los síntomas cutáneos (82,5%) fueron relevantes en el total de casos, siendo tratados con corticoides (82,5%), antihistamínicos (72%), broncodilatadores (7,7%) o ranitidina (10,3%). Un total de 96 de los 377 (25,5%) casos fueron anafilaxias graves, con etiologías alimentaria (57%) ($p = 0,007$) o idiopática (17%) ($p = 0,002$). Síntomas cutáneos (90%) ($p = 0,001$), respiratorios (54%) ($p = 0,000$, OR 14,422 (8,019- 25,939)), cardiovascular (23%) ($p = 0,000$, OR 10,752 (4,619-25,028)) y gastrointestinal (38%) ($p = 0,000$, OR 6,709 (3,758-11,978)). Requirieron administración de adrenalina 11% ($p = 0,004$) e ingreso hospitalario 36,9% pacientes.

CONCLUSIONES:

La incidencia de reacciones anafilácticas registradas por SAMUR durante 2016 fue 0,38%, siendo 25,5% anafilaxias graves. La etiología alimentaria resultó la más relevante observándose síntomas cutáneos en el 90% de los casos.

P-1943

ALTERACIONES EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE PACIENTES CON HIPERKALEMIA ATENDIDOS EN EL ÁREA DE URGENCIAS

T Fernández Letamendi, MA Javierre Loris, L Rodríguez Serra,
O Ortigosa Agustín, C Garcés San José, S Alcalde López

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hyperkalemia-test-urgencies

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La recogida de datos se realizó mediante el programa informático seleccionando los pacientes atendidos en un servicio de Urgencias de tercer nivel. Se obtuvieron 129.989 pacientes, de los cuáles se seleccionó aquéllos cuyo diagnóstico era insuficiencia renal y/o hiperpotasemia entre las tres primeras opciones diagnósticas, obteniéndose así una muestra de 178 casos. Se utilizó el programa estadístico SPSS V22.

RESULTADOS:

En nuestro estudio el 61,8% fueron hombres y 38,2% mujeres. Los niveles de prioridad que obtuvieron esos pacientes a la entrada en Urgencias correspondían en un 97,1% a niveles II y III. Las pruebas complementarias que se solicitaban incluían analítica (100%), radiografía de tórax (91,2%) y electrocardiograma (94,1%). Cabe destacar que el 46% de la muestra presentaba alteraciones en el registro electrocardiográfico incluyendo casos de parada cardiorespiratoria. Entre los 4 casos de parada que se encontró, había 1 exitus con niveles de potasio de 8,2 y 3 reanimaciones con posterior salida a ritmo con niveles de potasio de 6,8, 8 y 10. Los pacientes se clasificaron en hiperpotasemia leve (5,5-6) que fue el 25,5%, moderada (>6-7) el 39,2% y grave (>7) el 35,3%. Los niveles de hiponatremia por debajo de 134 estuvieron presentes en un 58,8% de los pacientes. Los pacientes con acidosis fueron el 64% y la mediana calculada para los niveles de creatinina fue de 2,73.

CONCLUSIONES:

-La hiperpotasemia aguda es una urgencia clínica que precisa de un diagnóstico precoz, suele estar acompañada como causa-efecto de insuficiencia renal. -La analítica y el electrocardiograma son las pruebas complementarias de elección en estos pacientes.



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

P-1959

NEUMOPERICARDIO EN PACIENTE CON CARCINOMA DE PULMÓN

MA Leciñena Esteban, MP Guzmán Bolívar, A Ramírez Soriano,
G Serrano Macoillo, B Morillo Paramio

Hospital Can Misses. Ibiza

PALABRAS CLAVE: neumopericardio-radiografía-carcinoma

OBJETIVOS:

Importancia de conocimiento de ecografía por parte del servicio médico de urgencias y consideración de esta patología por su potencial gravedad en cuadros de dolor torácico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente varón de 58 años con carcinoma epidermoide de pulmón en estadio IV en tratamiento activo con quimioterapia que acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de tos con expectoración acuosa y sensación de opresión precordial de 24 horas de evolución. En la exploración física destaca la estabilidad hemodinámica del paciente con roce pericárdico en la auscultación, ausencia de taquipnea, saturación del 97% sin aporte de oxígeno suplementario e hipofonía generalizada. Analíticamente no se aprecia leucocitosis ni desviación izquierda, una gasometría arterial dentro de la normalidad junto con electrocardiograma sin alteraciones. En la radiografía de tórax se confirma la presencia de neumotórax. Se procedió a la realización de ecografía cardiaca para descartar signos de taponamiento cardiaco, que como se ha remarcado es una de las complicaciones de la entidad clínica que se describe. Se descartó pericardiocentesis de urgencia por presentar escasa cuantía. En el TAC torácico se aprecia masa parahiliar izquierda conocida que se encuentra cavitada y que presenta un trayecto fistuloso que se dirige al bronquio principal izquierdo (siendo probable que exista comunicación con el bronquio) y un segundo trayecto fistuloso que se dirige inferiormente y comunica con pericardio, originando neumopericardio.

RESULTADOS:

Ante la escasa cuantía de neumopericardio se optó por la resolución espontánea sin necesidad de procedimientos invasivos.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico del neumopericardio suele realizarse por la clínica y la exploración física, confirmándose mediante radiografía. La cavitación es más frecuente en el cáncer pulmonar de células escamosas. La cavitación debe a que ocasionalmente presenta tendencia a la necrosis central, apareciendo en los estudios radiológicos como una masa cavitada con nivel hidroaéreo en su interior, asemejando un absceso de pulmón. Aunque el neumopericardio es un trastorno raro, es importante tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de pacientes con clínica respiratoria o dolor torácico con carcinoma de pulmón, por su potencial gravedad.

P-1975

TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS EPILEPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PROYECTO ACESUR)

F González Martínez (1), B Gros Bañeres (2), R Rodríguez Borrego (3),
O Rodríguez Maroto (4), LB Zuabi García (5), S Martínez Álvarez (6),
P Piñera Salmerón (7)

(1) H. Virgen de la Luz. Cuenca. (2) H. U. Miguel Servet. Zaragoza. (3) H. U. Clínico de Salamanca. (4) H. U. Cabueñes. Gijón. (5) H. Son Llatzer. Palma de Mallorca. (6) H. U. La Paz. Madrid. (7) H. G. U. Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: tratamiento-crisis epilépticas-urgencias hospitalarias

OBJETIVOS:

Describir el tratamiento realizado en pacientes adultos con CE en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) y al alta.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico transversal realizado en 21 SUH y 1 SEEH. Se seleccionó a todos los pacientes con 18 o más con CE al alta del SU atendido los días pares del mes de febrero de 2017. El paciente o representante legal otorgó consentimiento por escrito y el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de cada centro. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos incluyendo variables clínico-asistenciales.

RESULTADOS:

Se han incluido 180 pacientes. 62 (34,4%) pacientes tomaban al menos 1 fármaco antiepiléptico (FAE) de forma habitual. En la fase aguda, además de las medidas de soporte se administraron benzodiazepinas para yugular la CE en 35 (19,4%) pacientes: 19 (10,6%) diazepam iv, 9 (5,0%) midazolam iv, 3 (1,7%) clonazepam iv, 2 (1,1%) diazepam + midazolam iv y 2 (1,1%) lorazepam sl. En 58 (32,2%) pacientes, además se decidió administrar algún FAE iv: 49 (27,2%) levetiracetam, 12 (6,7%) lacosamida, 6 (3,3%) valproico, 2 (1,1%) fenitoína y 1 (0,6%) brivaracetam. En 32 (17,8%) se decidió iniciar tratamiento preventivo con FAE IV y en 33 (18,3%) casos con FAE oral en el SUH. Indicaciones de iniciar profilaxis secundaria: 42 (23,3%) tras segunda CE no provocada, 15 (8,3%) primera CE sintomática remota, 15 (8,3%) primera CE sintomática aguda no resuelta, 6 (3,3%) tras estatus epiléptico. Al alta se decidió iniciar nuevo FAE en 80 (44,4%) pacientes y ajuste de FAE habitual en 65 (36,1%) pacientes. Destino de alta: 139 (77,2%) domicilio.

CONCLUSIONES:

En la fase aguda, se administran medidas de soporte, benzodiazepinas y FAE iv. En uno de cada tres pacientes se decide iniciar tratamiento preventivo en el SUH con FAE según indicaciones y en ocho de cada diez pacientes se realiza algún cambio de tratamiento al alta.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-1977

DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS
EPILEPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS (PROYECTO
ACESUR)

R Alonso Avilés (1), E Díaz Nájera (2), M García Rodríguez (3),
R Romero Pareja (4), S Navarro Gutiérrez (5),
R Rodríguez Borrego (6), L Castro Arias (7)

(1) Hospital Universitario Clínico de Valladolid. (2) Hospital Universitario Puerta de
Hierro Majadahonda. Madrid. (3) Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.
(4) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. (5) Hospital Universitario de La
Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: seizure-status epilepticus-cluster

OBJETIVOS:

Describir aspectos relacionados con el diagnóstico de pacientes adul-
tos con CE atendidos en diferentes SU de nuestro país.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico transversal realizado en 21 SU hospitalarios y
1 extra hospitalario. Se seleccionó a todos pacientes con 18 o más
con CE al alta del SU atendido los días pares del mes de febrero de
2017. El paciente o representante legal otorgó consentimiento por
escrito y el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación
Clínica de cada centro. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos
incluyendo variables clínico-asistenciales.

RESULTADOS:

Se han incluido 180 pacientes adultos. Tipo de CE: 115 (63,9%)
generalizada, 43 (23,9%) focal secundariamente generalizada y
22 (12,2%) focal. 44 (24,4) acúmulo de crisis y 12 (6,6%) con sta-
tus epiléptico(SE). 62 (34,4%) primer episodio de CE. Clasificación
etiopatogénica: 87 (48,3%) CE espontánea sin causa definida, 52
(28,9%) crisis sintomática aguda y 41 (22,8%) crisis sintomática tar-
día o no provocada. Etiología principal: 79 (43,9%) desconocida, 23
(12,8%) tóxico-metabólica, 6 (3,3%) traumática, 10 (5,6%) infeccio-
sa, 16 (8,9%) tumoral, 22 (12,2%) vascular, 24 (13,3%) otra lesión
estructural. Pruebas: 171 (95,0%) analítica d sangre, 117 (65,0%)
gasometría venosa, 110 (61,1%) TAC craneal, 6 (3,3%) RMN cere-
bral, 43 (23,9%) EEG urgente, 16 (8,9%) EEG intercrisis diferido, 5
(2,8%) punción lumbar. Interconsulta a Neurología de guardia: 66
(36,7%) no se realiza, 62 (34,4%) sí se realiza pero el responsable
del alta es el médico de urgencias, 52 (28,9%) sí y se responsabiliza
del alta.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de CE es clínico apoyado en pruebas complementa-
rias. La mayoría de pacientes son diagnosticados de CE generalizada,
sintomática aguda o remota y etiología no siempre aclarada. Menos
de uno de cada diez pacientes es diagnosticado de SE y en uno de
cada tres pacientes representa el primer episodio de CE. En la ma-
yoría, el diagnóstico y alta es asumido por el médico de urgencias.

P-1980

ICTUS Y FIBRILACIÓN AURICULAR. IMPORTANCIA DE
UN ADECUADO TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO Y
MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL PACIENTE
CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

EM Quero Motto, LM Muñoz Gimeno, M Lozano Espinosa,
L Guirado Torrecillas, AB Pérez Pérez, E Valle Rodríguez,
A Cantero Sandoval

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: fibrilación atrial-accidente cerebrovascular-agentes de
coagulación

OBJETIVOS:

Detectar el porcentaje de pacientes con Ictus relacionados con FA
que, bien por no haber sido detectada antes o por un manejo tera-
péutico inadecuado de la misma, podrían haber sido evitados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de Ictus y FA, in-
gresados en una Unidad de Ictus.

RESULTADOS:

El número de casos estudiado fue de 125. Por sexo: 56 hombres
(44,8%) y 69 mujeres (55,2%), con una edad media de 71,4 años.
Al ingreso: 78 (62,4%) tenían un diagnóstico previo de FA, de los
cuales 43 (55,1%) recibían tratamiento con anticoagulantes orales, 4
(5%) con antiagregantes y 31 (39,7%) no tomaban ninguna terapia
antitrombótica. De estos últimos 35 que no recibían anticoagulación,
en 34 de ellos el CHA2DS2-VASc era superior a 2. La FA no era co-
nocida y fue detectada al ingreso o durante el mismo en 47 pacientes
(37,6%), en 29 (23,2%) al realizar el ECG inicial en urgencias y el
resto, 18 (14,5%) durante la monitorización llevada a cabo en la Uni-
dad de Ictus.

CONCLUSIONES:

? Para la reducción de complicaciones embólicas de la FA y el es-
tablecimiento de medidas preventivas eficaces, es fundamental su
diagnóstico precoz y un adecuado manejo terapéutico antitrombótico
de la arritmia. ? La monitorización ECG es crucial en el paciente con
ACV isquémico. En un porcentaje muy elevado de pacientes (supe-
rior al 35% en nuestra serie) el diagnóstico de la FA se realiza en el
momento de presentación del Ictus o por los resultados de la teleme-
tría cardiaca durante su hospitalización ? Igualmente, es de gran tras-
cendencia un tratamiento antitrombótico correcto en los pacientes
con FA. Es aún muy elevado el porcentaje de FA conocidas y no anti-
coaguladas a pesar de las recomendaciones actuales (en nuestro es-
tudio más del 40% de FA ya diagnosticadas con Ictus, no recibían el
tratamiento adecuado cuando su CHA2DS2-VASc era superior a 2).





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

P-1985

PERFORACIÓN GÁSTRICA EN PACIENTE CON BALÓN INTRAGÁSTRICO

G Pérez Cabeza, MA Molina Pinilla

Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Sevilla

PALABRAS CLAVE: perforación gástrica-balón intragástrico-dolor abdominal**OBJETIVOS:**

Cuando la clínica es más importante que las estadísticas y las pruebas complementarias, es necesario nuevos replanteamientos y ampliación de los estudios.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

BEG. COC. BHP. Afebril. Muy afectada por el dolor. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, distendido y doloroso en Hipocondrio izquierdo, con percusión timpánica en probable relación con meteorismo. RHA presentes. Puñopercusión renal izquierda positiva. Eupneica en reposo. BMV sin ruidos patológicos. Corazón rítmico sin roces ni soplos... Analítica: Hemograma y fórmula leucocitaria normal, Bioquímica normal, incluidos reactantes de fase aguda, orina: con hematuria. Radiología simple de abdomen dentro de la normalidad, sin niveles hidroaéreos. Ecografía en Urgencias: Imagen anecóica redondeada en cámara gástrica en relación a balón intragástrico, sin aparentes signos de complicación. No se aprecia líquido libre intraabdominal. TAC a las 24 horas: Balón intragástrico, observando signos de perforación de la pared gástrica a nivel del margen anterior de la cisura menor con discreta rarefacción de la grasa perigástrica a este nivel consecuente con discretos cambios inflamatorios.

RESULTADOS:

Perforación gástrica en cara anterior de cuerpo. Peritonitis aguda generalizada. Shock séptico.

CONCLUSIONES:

En urgencias cada vez más especializadas y con acceso a mayor número de pruebas complementarias, la clínica debe mandar siempre ante las pruebas realizadas. Si en este caso hubiéramos seguido los resultados analíticos, radiológicos y ecográfico, hubiéramos dado de alta a un paciente con una perforación de víscera hueca. La posibilidad de perforación gástrica en paciente portador de balón intragástrico es infrecuente, estudio de 714 pacientes (López Nava, G. et al. 2011) la tasa de complicación fue del 4,1%, y ningún caso de úlcera gástrica o perforación, y en este caso, el decúbito del globo, minimizaba la sintomatología, por lo que la clínica de dolor intenso obligaba a seguir ampliando el estudio de esta paciente.

P-1990

ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS EPILEPTICAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS Y HOSPITALARIOS (PROYECTO ACESUR)

M Liñán López (1), S Martínez Álvarez (2), N Behzadi Koochani (3), J García Loaiza (4), B Gros Bañeres (5), M Fuentes Ferrer (6), N Lain Teres (7)

(1) Hospital Campus de la Salud. Granada. (2) H. U. La Paz. Madrid. (3) SUMMA 112 Madrid. (4) H. U. Guadalajara. (5) H. U. Miguel Servet. Zaragoza (6) H. U. Clínico Madrid. (7) H. Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: epilepsia-urgencias-epidemiología**OBJETIVOS:**

Describir aspectos relacionados con la atención prestada a pacientes adultos con CE por los servicios de emergencias extrahospitalaria (SEEH) antes de ser remitidos al servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico transversal realizado en 21 SUH y 1 SEEH. Se seleccionó a todos pacientes con 18 o más con CE al alta del SU atendido los días pares del mes de febrero de 2017. El paciente o representante legal otorgó consentimiento por escrito y el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de cada centro. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos incluyendo variables clínico-asistenciales.

RESULTADOS:

De los 180 pacientes adultos incluidos atendidos en servicios de urgencias hospitalarios (SUH), 105 (58,3%) fueron atendidos previamente por los Servicios de Emergencias Extrahospitalarios (SEEH) y 75 (41,7%) acudieron al SUH por sus propios medios y voluntad. De ellos: 66 (62,9%) fueron atendidos en domicilio, 22 (21,0%) en vía pública, 6 (5,7%) en centro sanitario de Atención Primaria y 11 (10,5%) en otro lugar. Todos fueron remitidos al hospital en ambulancia. Tratamiento realizado: en 79 (75,2%) casos solo se administraron medidas de soporte. En 26 (24,8%) se administraron benzodiacepinas: 17 (16,2%) diacepam IV, 5 (4,8%) midazolam IV, 1 (0,9%) Diacepam IM, 1 (0,9%) diacepam Rectal, 1 (0,9%) midazolam IM y 1 (0,9%) midazolam oral/nasal. En 1 (0,9%) además se administró levetiracetam iv. No se describieron complicaciones respiratorias ni traumáticas durante el traslado.

CONCLUSIONES:

Al menos uno de cada dos pacientes adultos que acuden al SUH por CE han sido previamente atendidos por los SEEH. En la mayoría de casos el tratamiento es de soporte y en uno de cada cuatro casos además se administran benzodiacepinas (sobre todo diacepam iv) sin referir complicaciones.





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

P-1991

MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MA Javierre Loris, L Rodríguez Serra, O Ortigosa Agustín,
C Garcés San José, T Fernández Letamendi, R Marrón Tundidor,
B Gros Bañeres

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hipertensión-urgencias médicas-tratamiento de urgencias

OBJETIVOS:

Conocer la atención realizada a pacientes con hipertensión en un servicio de urgencias, revisando el tratamiento administrado y los destinos del paciente tras la resolución del problema.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Pacientes atendidos urgencias de un Hospital de 3º Nivel. Extracción de datos desde PCH. De 129.989 pacientes atendidos durante 2016, se seleccionaron los casos con diagnóstico de Hipertensión y/o Insuficiencia renal en las 3 primeras opciones diagnósticas quedando 178 casos. Finalmente se eligió a todos los pacientes con $K > 5.5$ mEq/l (102). Programa estadístico SPSS V22.

RESULTADOS:

Edad media $78,4 \pm 11.7.63\%$ varones. Media de K inicial $6,8 \pm 0,95$: Hipertensión leve 25%, Moderada 39.2, Grave 35.3%. 43% > 24 horas en urgencias. 94,9% Creatinina > 1,2. 88% reciben ttº específico, de ellos 44,4% Gluconato cálcico, 53,3% S. Glucosado+Insulina, 35,6% Bicarbonato, 14,4% Salbutamol, 75,6% Furosemida, 14,4% Resinas de intercambio, 8,9% Hemodiálisis. Destino: 23,5% altas a domicilio, 1% exitus, 64,7% Ingresos (44,1% MI), 10% traslados(MI/Geriatria). TTº al alta 80% con Resinas de intercambio 14,9%, Furosemida 46%, Otros 19%.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de la hipertensión debe realizarse de forma precoz. El abordaje en las primeras horas en los servicios de urgencias con camas de monitorización, mediante el uso simultáneo de fármacos con diferentes mecanismos de acción y cronología, garantizan la corrección progresiva de las cifras de potasio y la estabilización clínica del paciente.

P-1994

LA HIPERTENSIÓN, UNA PATOLOGÍA DE URGENCIAS

O Ortigosa Agustín, C Garcés San José, T Fernández Letamendi,
MA Javierre Loris, L Rodríguez Serra, S Baquedano García,
JE Alonso Formento

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: emergency-hiperkalemia-hospital stay

OBJETIVOS:

El estudio se centra en analizar que tiempos conlleva el manejo de la hipertensión en su fase aguda, relación de niveles de potasio con la estancia en salas de observación, cuántos ingresan y cuáles son los servicios de destino de los mismos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Extracción de datos de programa informático de asistencia de un Servicio de Urgencias de tercer nivel. Obteniéndose 129.989 pacientes, de los cuales se seleccionaron aquellos cuyo diagnóstico fuera insuficiencia renal y/o hipertensión entre las tres primeras opciones diagnósticas, quedando una muestra de 178 casos. Los datos han sido analizados con SPSS V22.

RESULTADOS:

El 61,8% fueron varones con una edad media de 78,4 años de los cuales un 23,5% se manejó exclusivamente en el área de urgencias, un 64,7% requirieron ingreso y un 10,8% fueron trasladados a otros centros. Estos pacientes permanecieron una mediana calculada de 22,34 horas en el Servicio de Urgencias, de todos ellos el 43,9% permanecieron mas de 24h y el 25% mas de 36 horas a expensas de las hipertensiones moderadas y graves (75,5% de todos los pacientes >36 horas) sin existir diferencias significativas entre los niveles de potasio y su estancia en urgencias ($p = 0,112$) antes de subir a los servicios de MI en un 44% y de Nefrología en un 7,8% de los casos (requiriendo diálisis urgente el 3,6% de los pacientes atendidos).

CONCLUSIONES:

La hipertensión es una patología cuyas manifestaciones clínicas pueden variar desde estar asintomáticos hasta ser letales. Es función del médico de urgencias la identificación y el abordaje inicial rápido así como el control clínico y analítico posterior, debido al tiempo de permanencia de los pacientes en nuestros servicios, independientemente de los niveles de potasio, convirtiéndose así en el actor principal en el manejo de dicha patología.





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

P-2002

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INGRESO HOSPITALARIO EN LAS DESCOMPENSACIONES GLUCÉMICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

V Carbajosa Rodríguez (1), M Gutiérrez Martínez (1),
R López Izquierdo (1), M Sanz Almazán (2), LA Cuéllar Olmedo (1),
P Royuela Ruiz (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Atención Primaria Segovia

PALABRAS CLAVE: complicaciones de la diabetes-factores de riesgo-hospitalización

OBJETIVOS:

Estudiar los factores asociados con el IH entre los pacientes que presentan descompensaciones glucemias en un SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Criterios Inclusión: pacientes diagnosticados de descompensación hiperglucémica o hipoglucémica. Julio- Diciembre 2014. Exclusión: <14 años, Diabetes gestacional. Variables: edad, género, índice Charlson (IC), diagnóstico previo de diabetes (DM), tipo DM, antecedentes personales, tratamiento hipoglucemiante, nivel triaje, Constantes (TA, FC, Temperatura, Saturación oxígeno), Escala Glasgow (GCS), Exploraciones complementarias: radiografía tórax, TAC Craneal, ECG, datos analíticos (Glucemia, K, Urea, Cr, PCR, Leucocitos, Hemoglobina, Plaquetas, INR, Ph, lactato), Tipo descompensación: Hiperglucemias [Cetoacidosis (CAD), descompensación no cetoacidóticas (DNOCAD), diabetes inicio (DI)], hipoglucemia e IH. Comparación variables cuantitativas: t-student, cualitativas: Chi-cuadrado. Estudio multivariante regresión logística: variable dependiente IH asociados a hipoglucemia e hiperglucemias. Significación: $p < 0.05$. Software: SPSS 20.0.

RESULTADOS:

N: 154. Edad media: 65,2 (18,5). Mujer: 51,9%. Hiperglucemia: 68,2%. Hiperglucemias: edad media: 63,7 (18,3), varón: 51,4%. Descompensación: CAD: 11,4%, DNOCAD: 68,5%, DI: 19%. Ingreso: 48,7%. Ingreso CAD: 100%, Ingreso DNOCAD: 38,4%, Ingreso DI: 65,0%. Asociación ingreso en DNOCAD ($p < 0,05$): glucemia: 523 mg/dl vs. 369 mg/dl, triaje nivel II: 87,5%, GCS < 14: 85,7%, leucocitosis > 10.000: 59,0%, resto NS. Asociación ingreso en DI ($p < 0,05$): glucemia: 603 mg/dl vs. 402 mg/dl, leucocitosis > 10.000: 100%, resto NS. Análisis multivariante IH asociado DNOCAD: niveles glucemia OR: 1,005, IC 95% (1,001-1,010), ($p = 0,029$), resto NS, Análisis multivariante IH asociado DI ninguna asociación. Hipoglucemias: Edad media: 68,3 (18,7). Mujer: 59,2%. Ingreso: 44,9%. Asociación ingreso en hipoglucemia ($p < 0,05$): diagnóstico previo DM: 51,2%, SatO₂ ≥ 92%: 100%, GCS < 14: 78,9%. Análisis multivariante IH asociado hipoglucemia: GCS < 14 OR: 8,494, IC95% (1,279-56,379) ($p = 0,027$). Resto no significativo.

CONCLUSIONES:

Las descompensaciones glucémicas en los SUH generan un número considerable de ingresos, casi la mitad de los pacientes precisan hospitalización. El ingreso en los pacientes con hiperglucemia se asocia principalmente con la presentación de una CAD, y en el resto de descompensaciones hiperglucémicas con la presencia de niveles elevados de glucosa en la analítica urgente. En las hipoglucemias el ingreso se asocia de forma independiente con la alteración del nivel de consciencia.





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

P-2009

**MENINGITIS LINFOCITARIAS.
¿SE PUEDE PREDECIR LA INFECCIÓN VIRAL EN URGENCIAS?**

A Bufoñ Galiana, A Gallardo Tur, B Sánchez Mesa, E Rosell Vergara
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: meningitis-virus-punción lumbar

OBJETIVOS:

Valoración del nivel de leucocitos en líquido cefalorraquídeo (LCR) como predictor de resultado positivo de etiología viral en pacientes con meningitis aséptica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional y analítico de 55 pacientes ingresados en HUVV desde el año 2014 a 2016 con diagnóstico final de meningitis aséptica con LCR con predominio linfocitario. Se recogieron variables como nivel de leucocitos por campo y resultados de PCR de meningitis virales en LCR (Virus Herpes Simple 1 y 2, Varicella Zoster y Enterovirus).

RESULTADOS:

Se valoraron 55 pacientes, se realizó estudios analíticos de sangre y LCR, TAC de Cráneo y cultivo de LCR en Urgencias. Posteriormente, ingresados en Neurología, donde se observaron los resultados microbiológicos: serología en sangre de virus neurotropos todos negativos. Se diferenció un grupo de pacientes PCR viral positiva (resultado de PCR positivo en LCR para cualquier agente viral) y otro negativo. La media de leucocitos en LCR para el grupo PCR viral positiva fue de 452 ± 348 leucocitos/campo y la media de leucocitos en LCR para el grupo PCR viral negativa fue de 150 ± 157 (UMW, $p = 0.016$). Se realizó curva ROC para nivel de leucocitos y positividad de la PCR a agentes virales, con Área Bajo la Curva de 0.746 ($p = 0.016$) obteniendo máximos valores de Sensibilidad = 0.8 y Especificidad = 0.73 para el puntos de corte 185 leucocitos/campo.

CONCLUSIONES:

El nivel de leucocitos en LCR puede ser útil para predecir la positividad de la PCR de virus en LCR en pacientes con meningitis asépticas y condicionar la decisión terapéutica.

P-2015

**¿POR QUÉ ACUDEN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO?**

**S Sánchez Ramón, A Pascua Aberturas, M Álvarez Rabanal,
M Moya de la Calle, MJ Giraldo Pérez, J Visa Caño**
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: sintomatología-oncológicos-urgencias

OBJETIVOS:

Conocer los principales motivos de consulta de pacientes oncológicos que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), conocer qué tipo de tumor presentan y tipo de tratamiento que están recibiendo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Población: Pacientes mayores de 18 años atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel. Criterios de inclusión: pacientes oncológicos con tumores sólidos, mayores de 18 años que acudan por un problema en relación con la patología tumoral. Criterios de exclusión: pacientes oncológicos que acudan por un motivo no relacionado con la patología tumoral o una neoplasia de origen hematológico. Mediciones e intervenciones: A partir de la base de pacientes atendidos en el año 2015 en el SUH, se seleccionaron los pacientes que acuden por un motivo oncológico según los criterios de inclusión, se realizó un muestreo seleccionando los pacientes atendidos los diez primeros de cada mes alterno. Se diseñó una base con las variables a analizar que fueron analizadas en el programa SPSS v. 18.0.

RESULTADOS:

65 pacientes: 64% varones. Edad media: 67,71 (+ 10,71). El 70,8% de los tumores eran adenocarcinomas. Localizaciones: 46.2% se localizaron en el sistema digestivo, 21.5% en el respiratorio, 10.8% en la mama. En el 96,9% el tumor primario era conocido y el 73,8% presentaban metástasis de las que un 27,1% se diagnosticaron en SUH. El 89,2% eran estadio IV. el 29.2% de los pacientes presentaban complicaciones secundarias al tratamiento oncológico, el 24.6% patología desencadenada por la progresión tumoral, el 12.3% por metástasis. El 84.6% pacientes estaban recibiendo tratamiento paliativo mientras que sólo el 10.8% recibían tratamiento curativo. Ingresaron: el 52.3%.

CONCLUSIONES:

Los pacientes oncológicos no representan un gran volumen dentro del global de un SUH, pero sus características clínicas hacen que su atención sea a menudo compleja. La identificación y el manejo de estas circunstancias es importante para realizar un abordaje y enfoque terapéutico adecuado acorde a la situación de estos pacientes.



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

P-2020

EVALUACIÓN CLÍNICA Y ESTACIONAL DE MENINGITIS
LINFOCITARIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN MÁLAGA OESTE

Fra Temboury Ruiz, A Gallardo Tur, B Sánchez Mesa, E Rosell Vergara
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: meningitis-aséptica-punción lumbar

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas, analíticas y estacionales más frecuentes en la meningitis linfocitarias en Málaga Oeste.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizaron retrospectivamente pacientes ingresados en Urgencias y posteriormente en Neurología con diagnóstico final de meningitis aséptica desde el año 2014 a 2016. Valoradas características sociodemográficas, sintomatología más frecuente, valores analíticos de sangre, LCR y microbiológicos. Se valoraron las posibles complicaciones no encefalíticas y la frecuencia de tratamiento.

RESULTADOS:

55 pacientes, 52% varones, 48% mujeres, con edad media de 35±16 años. Se observó 38% de los casos en meses Julio, Agosto y Septiembre. Un 23.6% presentó signos infecciosos previos. La temperatura media al ingreso fue de 37,9 °C, 24 (43.6%) presentaron signos meníngeos, solamente 6 (10.9%) alteración del nivel de conciencia y 52 casos (94.5%) cefalea. En el análisis bioquímico de LCR la media de leucocitos fue de 205 leucocitos/campo, 60.7% predominio mononuclear. Se consideraron idiopáticas en el 82%, las PCR virales positivas supusieron el 18% debidas a enterovirus, VHS tipo 2 y VVZ en 2 (4%), 7(12%) y 1(2%) casos respectivamente. El 16% recibió tratamiento antiviral. La estancia media fue de 7,2 días. Con respecto a las complicaciones 18 pacientes (32.7%) presentó cefalea postpunción y sólo dos casos presentaron una crisis epiléptica durante el ingreso sin presentar epilepsia sintomática tras el seguimiento.

CONCLUSIONES:

En la meningitis linfocitarias, la cefalea y fiebre es la sintomatología más frecuente, no tanto los signos de irritación meníngea. La etiología más frecuente es la idiopática seguido de la viral, observándose un aumento de casos en periodo estival. Las meningitis asépticas en nuestro medio presentan características clínicas similares a los datos previamente publicados.

P-2025

¿QUÉ PROVOCA LA CEFALEA EN JÓVENES QUE ACUDEN
AL SERVICIO DE URGENCIAS?

JC Montalvá Barra, M Ferrando Lluch, A Beltrán Sánchez,
F González Amorós, D Cervera Sáez, MC Sala Sainz, J Millán Soria
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: cefalea-migraña-jóvenes

OBJETIVOS:

Valorar si hay desencadenantes comunes en las migrañas atendidas en nuestro Servicio (Urgencias H Peset de Valencia) y revisar nuestra actuación tras tratamiento indicado en el episodio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogen datos de los últimos 4 meses en Servicio de urgencias mediante Sistema ORION y tratamiento de datos mediante SPSS versión 16. Variables : edad (entre 15 y 50 años), sexo, nacionalidad, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), factores de riesgo cardiovascular (HTA, DL, DM), Tratamiento previo, tiempo de estancia en urgencias, destino episodio.

RESULTADOS:

De los 14 episodios vistos en estos meses (13 pacientes) entre 21 y 38 años (media de 29 años y medio), el 92.31% fueron mujeres y sólo el 14.28% eran fumadoras, sólo una presentaba Antecedente de hipertensión arterial y en el 46.15% se le realizó TAC Craneal de los que el 100% fue normal. De todos los paciente tenían valoración Neurólogo previa sólo el 15.38% y en el 69.2% no tomaban tratamiento relacionado con la Migraña. El 100% de los pacientes fue dado de alta con tratamiento ajustado y el tiempo medio de estancia fue de 3 horas y 36 minutos. A destacar que el 50% de las pacientes no eran Españoles de origen.

CONCLUSIONES:

Revisando los casos nos damos cuenta de la dificultad de determinar factores desencadenantes y tratamientos en Cefaleas de origen migrañoso y los tiempos de estancia en los Servicios de urgencias pueden ser largos por lo que se intuye la necesidad de estudiar la forma de acortar los tiempos y los controles de esta patología tan variable





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

P-2037

ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: UN CASO DE DETERIORO NEUROLÓGICO AGUDO

A Agustín Varas (1), R Calvo Rodríguez (1), C Martos Órpez (1),
JA Castro Giménez (1), FJ Montero Pérez (1), A García Olid (2)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

(2) Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén

PALABRAS CLAVE: Hashimoto-encefalopatía-mioclonías

OBJETIVOS:

Destacar la importancia de la anamnesis para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer 70 años acude con desorientación brusca, lenguaje inapropiado con dificultad para responder preguntas simples ?sacudidas? en miembros superiores. EF: desorientada en tiempo-espacio sin otra focalidad. Afebril.

RESULTADOS:

Pasa a Observación para realización de pruebas complementarias: Analítica, orina, ECG, Rx tórax, P. Lumbar, TAC cráneo normales. Perfil tiroideo y ecografía tiroides: Bocio multinodular. Al alta: Cuadro confusional. Hipotiroidismo. Bocio multinodular. A las 48 h acude presentando empeoramiento de clínica neurológica, somnolienta, desorientada y crisis tónico-clónicas generalizadas. Ingreso en Neurología: EEG crisis parcial temporal-izquierda, RM cráneo, Serología VHB, VHC, lúes, Ac CLIA contra CMV, VHS 1-2, VVZ, VEB, Mycoplasma pneumoniae, Treponema pallidum, Factor Reumatoide, cortisol basal, cistoquímica LCR, PCR 6 herpesvirus, enterovirus, marcadores tumorales, C3-C4, ANA, Ac Anti-gliadina, Anti-transglutaminasa, Anti-endomisio, Anti-onconeuronales normales. Se administró metilprednisolona iv obteniéndose buena respuesta. Tras recibir los resultados positivos de Ac anti-tiroglobulina y anti-tropoisomerasa positivos (TSH 9.11, Ac anti-mieloperoxidasa 850 y anti- tiroglobulina positivos.) Se confirmó la sospecha de Encefalitis de Hashimoto. DISCUSIÓN: Enfermedad rara 2.1/100.000 hab, media edad 45-55 años y predominio femenino 5:1. Se trata de una encefalopatía (100% casos) con alteración conciencia, deterioro atención, cambios conducta (excitación o letargo) y personalidad. El 80% de pacientes sufren disfunción cognitiva (alteraciones en memoria o lenguaje) y en 90-100% hay cambios conductuales. Son frecuentes síntomas psicóticos, delirio persecución y alucinaciones visuales. Puede haber convulsiones (70%), ACV (30%), mioclonías y temblores (40%). Existen 2 subtipos: 1º con recaídas y remisiones, episodios similares a ACV más frecuentemente que convulsiones, 2º de comienzo insidioso, a mayor edad con disfunción cognitiva progresiva, convulsiones y alteraciones conductuales. La característica de la EH es la detección de títulos altos de Ac anti-tiroideos, especialmente anti-microsómicos (ac.antimieloperoxidasa) que confirman el diagnóstico de encefalopatía de Hashimoto (presentes en casi 100%). Los anti-tiroglobulina se encuentran en 70%.

CONCLUSIONES:

Ante la negatividad de pruebas complementarias, la respuesta a corticoides iv y los títulos altos de anticuerpos antitiroideos, especialmente anticuerpos antimicrosómicos apoyan el diagnóstico de encefalopatía de Hashimoto.





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

P-2039

NEUMONÍA ASOCIADA AL ICTUS HEMORRÁGICO

A Estella García, R Viciano Garrido, L Pérez Fontañá

Hospital SAS de Jerez

PALABRAS CLAVE: neumonía-ictus-neurocrítico

OBJETIVOS:

Los objetivos del estudio son analizar el pronóstico de los pacientes con ictus hemorrágico y describir las complicaciones infecciosas que desarrollan durante la fase aguda.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo observacional realizado en un servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes atendidos en Urgencias con ictus hemorrágico que fueron trasladados a UCI. El periodo de estudio fue de 12 meses. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, valoración escala NIHSS en Urgencias, factores de riesgo vascular, necesidad de ventilación mecánica y medicación vasoactiva y mortalidad. Se realizó seguimiento durante el ingreso para ver cuales desarrollaron neumonía. Análisis estadístico. Se realizó mediante el programa SPSS v18. Se aplicó el test de chi cuadrado para comparar variables cualitativas y t de Student para las variables cuantitativas.

RESULTADOS:

Un total de 29 pacientes fueron analizados. En la tabla 1 se exponen las características de los pacientes incluidos en el estudio: Sin Neumonía Neumonía (n = 20) (n = 9) Edad (años) media $\pm$ de 56,9 $\pm$ 16 60,6 $\pm$ 13,4 Sexo (H/M)% 60/40 44,4/55,6 Antiagregación% 20% 21,2% Anticoagulación* 15% 44,4% Factores de riesgo vascular Hipertensión arterial 50% 77,8% Diabetes mellitus 10% 22,2% Dislipemia 35% 11,1% Ventilación mecánica (%) 70% 88,9% Necesidad vasoactivos (%) 55% 66,7% Donantes (%) 20% 33,3% Mortalidad (%) 40% 77,8% *p < 0,05.

CONCLUSIONES:

La mortalidad en pacientes con hemorragia cerebral resultó alta. El desarrollo de neumonía se asoció a un aumento de la mortalidad.

P-2077

IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS PACIENTES CON ICTUS

B Gros Bañeres, A Herrer Castejón, M Javierre Loris,
A Giménez Valverde, C Ascaso Martorell, S Martínez Delgado

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-ictus-morbimortalidad

OBJETIVOS:

Analizar el impacto de la FA no conocida (FAnC) en los pacientes con ictus agudo atendidos en un servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Los códigos ICTUS isquémicos atendidos en nuestro servicio desde 2007 a 2014.

RESULTADOS:

Registramos 479 pacientes, con un porcentaje de pacientes con FAnC de un 20.5% y FA conocida sin tratamiento 7.8%, comparando con población general con una prevalencia del 2.2% y la FA no tratada 2.6%, supone un porcentaje 9.3 y 3 veces superior. El porcentaje de pacientes con FAnC fue superior en los mayores de 70 años (25.6/13.6% p = 0,001), no existieron diferencias en cuanto a sexo ni a mortalidad global, aunque sí ajustada a edad, siendo mayor en los pacientes con Fnc menores de 70 años (5.5 vs. 17.6%, p = 0.014). No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes que recibió RTPA (30/26%, p = 0.33). En los pacientes con FAnC existía un menor porcentaje, de recuperación completa (23.5 vs. 30% p = 0.16). El porcentaje de pacientes con FAnC fue superior en el grupo sin mejoría significativa (Mejoría ? 75% o NIH ? 4) resultando esta diferencia significativa en los que no lo recibieron RTPA (38/22%, p = 0.03). También un mayor porcentaje de pacientes con FA que tras el ictus no pudieron regresar a su domicilio (47 vs. 26, p = 0.001), apreciando una elevada proporción de pacientes que al alta requirieron centro de larga estancia como expresión de mayor gravedad (40 vs. 21% p = 0.02).

CONCLUSIONES:

La FA supone gran impacto en la incidencia de ictus, mayor riesgo de institucionalización, menor oportunidad de mejoría significativa y mayor riesgo de mortalidad en menores de 70 años. Se debería realizar un programa específico de detección y formación en FA.





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

P-2120

DESCRIPCIÓN DE LAS COMPLICACIONES GLUCÉMICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

MO García Sánchez, MM Portillo Cano, F Oltra Hostalet,
MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus-servicios de atención de urgencias-complicaciones diabéticas

OBJETIVOS:

Revisar la prevalencia de la diabetes en nuestro medio, describiendo las descompensaciones glucémicas así como las características de los pacientes ingresados en el área de observación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio 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 les objetivó descompensación glucémica durante el año 2013.

RESULTADOS:

La prevalencia de la DM en nuestro ámbito es del 13,30%. La media de edad fue de 74 años (14-102 años), y el 51.6% eran varones. Un 48.5% se fue de alta desde observación, siendo ingresados en planta o trasladados a otro hospital el 49%, con una estancia media de 17 horas. Fueron éxitos el 1.2%. La glucemia media fue de 100.4 mg/dl. Se obtuvieron 303 hipoglucemias, con una media de edad de 62 años, y siendo el 52.8% mujeres con una estancia media de 12.7 horas derivándose al alta al 65.3%. 143 pacientes presentaron episodios de hipo e hiperglucemia, en el año, con una edad media de 72.9 años, un 64.3% varones y una estancia media de 18.5 horas.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de las complicaciones por descompensaciones glucémicas en los servicios de urgencias es relativamente baja, aunque prácticamente todos los días se diagnóstica un paciente afectado por las mismas. Las descompensaciones hiperglucémicas son más frecuentes que las hipoglucémicas. Estas entidades generan un número considerable de ingresos, ya que casi la mitad de los pacientes son ingresados.

P-2123

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR CÓDIGO ICTUS EN HOSPITAL COMARCAL DE OSUNA EN 2016-2017. COMPARACIÓN CON ESTUDIO PREVIO DE 2012

P Martínez García, C Gómez-Bastero Fernández, AI Narváez Martín,
AB Rojas Ramírez

Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla

PALABRAS CLAVE: ictus-stroke-AVC

OBJETIVOS:

Conocer los datos epidemiológicos y factores de riesgo de los pacientes atendidos por accidente vascular cerebral (AVC) en el Área de Gestión Sanitaria de Osuna, y compararlos con los datos del estudio previo realizado en nuestro servicio en 2012.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo, en el que se recogieron aquellos pacientes valorados como AVC en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Merced de Osuna, desde Enero 2016 a Febrero 2017. Se valoraron las características epidemiológicas, y se compararon con las analizadas en un estudio previo realizado por nuestro servicio en 2012.

RESULTADOS:

Se recogieron 96 pacientes, con un 78% de AVC isquémico, 16% AVC hemorrágico, y 6% AIT. 49 de los pacientes eran hombres (51%) y 47 (49%) mujeres. Edad media fue 72.6 años, con una mínima de 31 años, y máxima de 97. 63 pacientes (65.6%) padecían HTA, 24(25%) DM2, 32(33.3%) DLP y 12 (12.5%) cardiopatía isquémica. 21 pacientes presentaban fibrilación auricular (22%) (FA). 11% de los pacientes fumaban. Comparando con el periodo 2011/2012, encontramos mayor número de casos actualmente (frente a los 53 recogidos en 2012) con similar distribución por sexos (50%-50%). Respecto a los factores de riesgo, se apreciaba una similar distribución (2012: HTA 72%, DLP 42% y DM2 36%), destacando un descenso en la prevalencia de los mismos actualmente. Se aprecia intervalo de edad más reducido en 2012 (oscilando entonces entre 51 y 86 años), con una media de edad similar y una mayor proporción de fumadores (20%).

CONCLUSIONES:

Comparando con el estudio previo realizado en nuestro servicio en 2012, se aprecia un mayor número de casos debido probablemente al envejecimiento de la población, y un aumento del intervalo de edad. Los factores de riesgo cardiovascular se encuentran repartidos de manera similar (aunque con discreto descenso en su prevalencia). HTA sigue siendo el factor de riesgo más relevante, lo que nos habla de su importancia de cara a un mayor control y seguimiento.



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

-P-2129**ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS Y REALIZACIÓN DE FIBRINÓLISIS EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL DE OSUNA EN 2016-2017. COMPARACIÓN CON ESTUDIO PREVIO DE 2012****P Martínez García, C Gómez-Bastero Fernández, A Narváez Martín, A Rojas Ramírez***Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla***PALABRAS CLAVE:** ictus-stroke-thrombolysis**OBJETIVOS:**

Conocer los tiempos de evolución del paciente con código ictus, así como el empleo de la trombolisis intravenosa (TIV) y sus contraindicaciones en el área de Urgencias del Hospital Comarcal de Osuna, y compararlos con los datos obtenidos en estudio previo de nuestro centro en 2012.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo, se recogieron los pacientes valorados como Ictus en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Merced de Osuna, desde Enero 2016 a Febrero 2017, sus características epidemiológicas, el tiempo de evolución de los síntomas, y la realización de TIV. Se compararon algunos de estos parámetros con los analizados en estudio previo similar realizado en 2012.

RESULTADOS:

De los 96 pacientes recogidos, se procedió a la trombolisis intravenosa (TIV) en 10 de ellos (10.4%), en una proporción similar a los datos recogidos en un estudio similar realizado en nuestro centro en 2012 (TIV 11.1%). La media de tiempo de evolución previo a consulta en Urgencias fue de 3 horas y 20 minutos, lo que constituye un empeoramiento respecto a los datos de nuestro estudio realizado en 2012 (2 horas y 58 minutos). Respecto a la contraindicación de TIV, en 27% de los casos se debió al tiempo de evolución del cuadro, 21% a la edad del paciente, 17% a lesiones hemorrágicas, y un 13% de los casos a clínica fluctuante. Esto constituye un cambio con respecto a los datos de 2012: 25% por lesiones hemorrágicas, 21.8% por tiempo de evolución, y 18.7% por edad. La media de tiempo que tardó en llevarse a cabo la TIV desde la llegada del paciente fue de 57 minutos.

CONCLUSIONES:

Comparando con el estudio previo realizado en nuestro servicio en el año 2012, se aprecia un empeoramiento respecto al tiempo de evolución de los síntomas previo a la consulta en Urgencias, así como del porcentaje de contraindicación de la TIV por tiempo de evolución. Ello hace hincapié en la necesidad de una mayor educación sanitaria en la población.

P-2139**ESTRATEGIA DE MANEJO PREHOSPITALARIO DEL PACIENTE CÓDIGO ICTUS****S Pérez Toscano (1), A Caballero García (1), MM Ruiz Montero (1), MJ Sánchez Marín (1), R Pérez Esteban (2), A Palomino García (2)***(1) EPES. (2) H. Virgen del Rocío. Sevilla***PALABRAS CLAVE:** stroke-call center-medical ambulance**OBJETIVOS:**

Medir tiempos globales extrahospitalarios. Optimizar la respuesta según el recurso enviado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

La muestra son los fibrinolizados en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla durante 2011 y 2016. Son identificados en el sistema de información de EPES, medimos los tiempos desde el primer contacto médico hasta la terapia definitiva., la especificidad del diagnóstico de emergencias médicas, edad, sexo., El tiempo global es el extrahospitalario más el intrahospitalario. Los datos se presentan en porcentaje para variables cualitativas y en media y desviación estándar (sd) para cuantitativas. Las variables temporales con mediana y rango intercuartílico (IQR). Para determinar si existen diferencias de los tiempos según el recurso asignado, se realiza una comparación por medio de las pruebas estadísticas Kruskal Wallis con un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS:

Se identifican 205 paciente de los 486 pacientes fibrinolizados por el Hospital, el 54,65% mujeres. La edad media es de 68,80 años (sd 14,26) y sin diferencias entre sexos (p-valor 0,22). El tiempo mediano desde la llamada al CCUE a llegada al hospital es 56' (IQR 40-66,5). El tiempo mediano puerta-TAC en asistencia medicalizada con traslado es 26' (IQR 13,5-31,5).

CONCLUSIONES:

La población no conoce que el ictus es una emergencia médica. El tiempo desde la llamada hasta aguja cuando el recurso medicalizado asiste y traslada, es el mejor. El acortamiento global de los tiempos tanto extra como intra hospitalarios se consigue entregando al paciente en el TAC por el equipo medicalizado.





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

P-2151

MEGACOLON TÓXICO SECUNDARIO A LA TOMA DE LOPERAMIDA

J Guillén González (1), L Holgado Castell (1), L Manclús Montoya (1),
J Matamoros Hernández (2), L Royuela García (3),
E Guirado Barjola (4), P García Bermejo (1)

(1) Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia. (2) C. S. Almussafes.
Valencia. (3) C. S. Catadau. Valencia. (4) C. S. Llombai. Valencia

PALABRAS CLAVE: megacolon tóxico-loperamida-íleo paralítico

OBJETIVOS:

Objetivar la importancia de los efectos secundarios de los fármacos en la patología urgente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: Dolor abdominal y diarrea. Antecedentes personales: No RAM conocidas. No antecedentes personales ni quirúrgicos de interés. No tratamiento crónico. Enfermedad actual: Varón de 33 años que refiere dolor abdominal y diarrea líquida sin productos patológicos sobreañadidos. El dolor abdominal es tipo cólico y cede tras las deposiciones. Refiere haber realizado tratamiento con antidiarreicos, con empeoramiento del dolor abdominal junto a distensión abdominal y disminución de la expulsión de gases. Ha llevado tratamiento con ciprofloxacino, tiorfan, prodefen, loperamida y spacmoctyl. No fiebre. Resto sin interés. Exploración física: discreta palidez cutánea. Con ruidos hidroaéreos abolidos, abdomen distendido pero depresible, molestias difusas a la palpación, maniobra de Murphy y Blumberg negativas con timpanismo a la percusión. Resto de exploración por aparatos normal. Diagnóstico diferencial: dolor abdominal tipo orgánico o funcional. Efecto secundario a fármacos antidiarreicos. Descartar colitis inflamatoria/infecciosa.

RESULTADOS:

Analítica: leucocitosis con desviación izquierda Rx tórax: sin hallazgos. Rx abdomen: dilatación importante del colon transversal. Clostridium difficile negativo. Cultivo de heces normales TAC abdomino-pélvico con contraste iv: dilatación de todo el marco cólico hasta ciego predominantemente del colon transversal, que presenta un diámetro de hasta 7.5 cm con ausencia de haustración y un engrosamiento de las paredes así como discreto edema en el mesocolon adyacente compatible con megacolon tóxico secundario a colitis de carácter inflamatorio.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: megacolon tóxico secundario a loperamida. Tratamiento: tratamiento inicial con reposo digestivo y sonda nasogástrica. Cuando mejora la distensión abdominal se procede a retirada de sonda y dieta progresiva sin incidencias consiguiendo reducción de deposiciones y mejoría clínica general del cuadro. Desde urgencias debemos tener siempre presente los efectos secundarios a fármacos como etiología de los cuadros clínicos.

P-2153

DOCTOR... ME MAREO ¿Y SI NO ES UN VÉRTIGO?

M González López, J Díaz del Campo Córdoba, C Granados Lajara

Hospital General de Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: tumor-pineal-pinealoma

OBJETIVOS:

Importancia de la exploración neurológica completa en pacientes en los que se sospecha vértigos paroxísticos así como realizar distintos diagnósticos diferenciales de las distintas patologías neurológicas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Informes del paciente de urgencias y distintas pruebas a las que fue sometido dicho paciente. Se ha seguido al paciente desde las distintas consultas en Urgencias hasta su post-operatorio.

RESULTADOS:

Paciente intervenido en recuperación en la actualidad.

CONCLUSIONES:

Importancia de una exploración neurológica completa para descartar distintas patologías y actuar en caso de urgencia, así como realizar diagnósticos diferenciales completos de las distintas patologías que pueden simular un vértigo paroxístico.





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

P-2162

ANGIOEDEMA OROFARÍNGEO

M Vieitez Santiago (1), I Sanlés González (1), AF Jiménez Alfonso (1), A Aldama Martín (1), A Asturias Saiz (1), JA Espinoza Pérez (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Clínica Mompía. Cantabria

PALABRAS CLAVE: angioedema-bradiquinina-ARA-II

OBJETIVOS:

Tratamiento urgente del angioedema que no responde a corticoides.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 74 años con antecedentes relevantes de HTA, FA paroxística no anticoagulada por HDA. Tratamiento habitual: Furosemida, Bisoprolol, y Omeprazol. Acude a urgencias porque al levantarse esa mañana nota la lengua hinchada. A su llegada, edema lingual llamativo, sin datos de insuficiencia respiratoria, y sin lesiones cutáneas. Valorada por Otorrinolaringólogo, en fibroscopia se aprecian senos piriformes y laringe bien. Se administran Hidrocortisona, Metilprednisolona y antihistamínicos endovenosos, y Adrenalina nebulizada, pero la paciente no mejora, y comienza con taquipnea y disnea. Se avisa a UCI y se administra Berinert (inhibidor de C1) y Firazirt (Icatibant), además de glucagón para contrarrestar efecto de betabloqueantes, y comienza a mejorar clínicamente, sin precisar intubación orotraqueal, y se aprecia disminución del edema en unas horas. Al ver la ausencia de respuesta a corticoides y antihistamínicos, se plantea como etiología más probable el aumento de bradiquininas por lo que se administran los fármacos pertinentes. Además, se reinterroga a la familia de la paciente, y refieren la toma de ARA-II en los últimos 6 meses, y que por un episodio similar a este pero de menor intensidad, su médico lo sustituye por Bisoprolol.

RESULTADOS:

La paciente está en seguimiento actual por Medicina Interna para completar estudio etiológico, ya que se objetivó al ingreso, consumo de complemento C4, y déficit cuantitativo y funcional de C1 inhibidor, siendo diagnosticada de angioedema por deficiencia de C1 inhibidor. Esto puede deberse a patología neoplásica, hematológica, o autoinmunitaria. El angioedema por IECA/ARA-II puede desenmascarar un déficit de C1 inhibidor previo.

CONCLUSIONES:

El angioedema por deficiencia de C1 inhibidor es una enfermedad que no responde al tratamiento convencional del angioedema alérgico (antihistamínicos, corticoides o adrenalina). Debe administrarse Icatibant 30 mg (Firazirt) inyectada vía subcutánea en abdomen. Y si no es eficaz o no está disponible: Concentrado plasmático de C1 Inhibidor (Berinert) a 20 unidades/Kg.

P-2188

VÓMITOS Y ESTREÑIMIENTO NO SIEMPRE ES OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A Aguilar García (1), S Rubio Belmonte (1), I Ruiz del Álamo (2), I Ortega Bueno (1)

(1) Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. (2) C. S. Salvador Caballero. Granada

PALABRAS CLAVE: gastroparesia-vaciamiento gástrico-gastritis

OBJETIVOS:

Identificar las diferentes situaciones clínicas que pueden producir trastornos digestivo. Conocer y sospechar dicha entidad (estómago de retención) para conseguir un buen diagnóstico y la causa que lo condiciona.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente de 85 años de edad, con antecedentes personales de cistocele con prolapso uterino e infecciones de orina de repetición. Acude al servicio de urgencias por cuadro de vómitos incoercibles, no tolerancia oral y estreñimiento de unos 10 días de duración. No dolor abdominal asociado. Niega consumo de fármacos gastrolesivos (AINES, corticoides...). Pérdida de peso de unos 3 kg en ese tiempo. No otra clínica asociada.

RESULTADOS:

La clínica cedió con tratamiento intravenoso (antieméticos). Los enemas no fueron efectivos. Se realizaron varias radiografías de abdomen antes y después de gastrografín. La previa no presentaba hallazgos patológicos por lo que se descartó obstrucción intestinal. Tras gastrografín se observó todo el contenido a nivel gástrico, sin paso a asas intestinales. Se repitió más tarde por sospecha de tránsito lento pero la imagen radiológica fue similar. La paciente fue ingresada en digestivo donde se realizó la endoscopia digestiva alta en la que se observó estómago con patrón de gastritis atrófica crónica con placas blanquecinas sugerentes de metaplasia y en antro, bandas blandas eritematosas que confluyen hacia píloro. Se tomaron biopsias de antro y cuerpo gástrico (pendientes). Fue dada de alta sin tratamiento específico.

CONCLUSIONES:

Los trastornos digestivos, ya sean retraso en el vaciamiento gástrico, obstrucciones pilóricas, obstrucciones intestinales... puede dar clínica similar por lo que se debe hacer un buen diagnóstico diferencial de los mismos para indicar el tratamiento adecuado que resuelva dicha patología.



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

P-2216

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE POR VARICES DEL ESTOMA

J Barquín Yágüez, B Inglés Azorín, A Ballester Pérez,
A González Barranquero, A Centeno Velasco, D Ramos Rubio,
N García Montes

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: varices-estoma-intervencionismo

OBJETIVOS:

Revisión del diagnóstico y manejo en urgencias de la hemorragia por varices del estoma.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo : serie de casos. Se recogen los datos de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias con hemorragia digestiva grave por varices estomales entre los años 2014 y 2016.

RESULTADOS:

Se obtienen un total de 6 pacientes, 5 hombres y 1 mujer, de 75 años de edad media, con colostomía terminal tras cirugía colorrectal por patología oncológica. Todos ellos presentan hipertensión portal moderada-grave, 2 de origen enólico, 3 por VHC y 1 idiopática. Presentan en analítica de urgencias anemia con descenso de hemoglobina de entre 3 a 6 puntos. En la exploración física se evidencia sangrado activo por varices de la colostomía. En todos los pacientes se realizó compresión y sutura, presentando 4 de ellos recidiva del sangrado, de intensidad grave, en las siguientes 2 a 6h. Por ello, a estos 4 se les realizó una angiografía endovascular urgente por radiología intervencionista, llevando a cabo la colocación un TIPS, un TIPS + embolización selectiva de vena mesentérica inferior, y a los otros 2, con contraindicación para realización de TIPS, únicamente embolización selectiva. En un intervalo de seguimiento de entre 6 y 24 meses no han presentado recurrencia de hemorragia grave por varices de la colostomía.

CONCLUSIONES:

La embolización selectiva de las ramas de la vena mesentérica inferior asociada, si no existe contraindicación, a la colocación de un TIPS, es una opción terapéutica eficaz y con baja morbilidad, que debe ser considerada en la asistencia de estos pacientes en aquellos centros con disponibilidad de radiología intervencionista urgente.

P-2236

TIME IS BRAIN

A Ávila Fernández, N García Alvarado, R Estévez González,
S Serrano Gómez, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: urgencias-cerebrovascular disease-stroke

OBJETIVOS:

Conocer el número de códigos ictus atendidos en Urgencias del Hospital Virgen de la Salud (Enero-Junio 2016). Estudiar las variables demográficas y clínicas que influyen en la aparición de ECV. Identificar la prevalencia de ECV según su tipo, etiología, localización y tratamiento, así como complicaciones de este último.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se recogen las historias clínicas digitalizadas con pacientes con ingreso en la Unidad de Ictus de enero a junio de 2016. Los datos fueron insertados mediante Access v.2013 recogiendo variables que influyen en el riesgo y/o pronóstico en el curso de ECV, y se analizaron mediante SPSS v20.

RESULTADOS:

206 pacientes. La mayoría procedían del Área de Toledo. De ellos, un 75,7% fueron valorados inicialmente en el servicio de urgencias, siendo un 60% varones. El factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalente fue la hipertensión arterial ocupando el 61,9%. También, se analizaron otros FRCV como dislipemia (43,4%), diabetes (28,6%), tabaquismo (23,3%), eventos previos (15,3%) y tratamientos anticoagulantes o antiagregantes en el momento del episodio (11,1% y 23,8% respectivamente). En cuanto al tipo de ECV, se observó una mayor prevalencia de eventos isquémicos (69,6%), siendo la localización principal, la arteria cerebral media izquierda. Así mismo, también se analizó el tipo de tratamiento (fibrinólisis, trombectomía o ambas) y las complicaciones derivadas del mismo, que fueron una minoría (6,3%).

CONCLUSIONES:

La ECV es una patología prevalente. Inevitablemente, se asocia a una alta tasa de mortalidad con un riesgo elevado de discapacidad para los supervivientes. El tiempo, la organización de los sistemas de salud, y la aplicación de los avances radiológicos e intervencionistas han sido esenciales para que la morbilidad haya descendido considerablemente. Además, el progreso de estas unidades hace que se puedan beneficiar pacientes con patología neurológica no vascular.





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

P-2239

¿UNA LUMBALGIA UNA EMERGENCIA?

L Tomás Ortiz (1), MD Navarro Miralles (1), D Martínez Antequera (2)

(1) Centro de Salud Cartagena Oeste/Hospital Santa Lucía. Murcia. (2) Centro Salud Barrio Peral. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: cauda equina-neoplasms-back pain**OBJETIVOS:**

Realizar un diagnóstico preciso de lumbalgia, descartando patologías graves (neoplasias, fracturas vertebrales, síndrome de la cauda equina, etc) a través de anamnesis y exploración minuciosas, apoyándonos en los signos de alarma (?red flags?).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado en las 3 esferas, eupneico en reposo con saturación de oxígeno 95%. Normotenso. Temperatura: 36.9 °C. Dolor lumbar bilateral con Lassegue positivo en miembro inferior izquierdo. Hipoestesia a nivel perianal y genital (parestesias en silla de montar). Reflejo osteotendinoso rotuliano presente bilateral. Reflejo-cutáneo-plantar flexor bilateral. Sensibilidad en miembros inferiores (MMII) conservada. Pérdida de fuerza motora 2/5 en MMII. Exploraciones complementarias: Analítica sangre y orina: normal. Radiografía (Rx) columna lumbar: imagen en L5 con bordes mal definidos. Tomografía computerizada (TC) lumbar: lesión lítica insuflante con rotura cortical de L5 con componente de partes blandas que ocupa ampliamente el conducto espinal (> 60%). Neurocirugía de urgencias descarta cirugía. Se ingresa para tratamiento paliativo.

RESULTADOS:

Síndrome de cola de caballo por masa tumoral L5.

CONCLUSIONES:

En urgencias es de vital importancia para el diagnóstico diferencial de lumbalgia una historia clínica y exploración detalladas. Así como, descartar signos de alarma que marcan el pronóstico y tratamiento (nuestro caso: edad > 50 años, historia previa de cáncer, dolor no cede con reposo, síntomas neurológicos (parestesia en silla de montar, retención/incontinencia urinaria), dolor más de un mes, déficit neurológico en MMII), que apoyan el diagnóstico de sospecha de origen tumoral/síndrome de cola de caballo. Las pruebas de laboratorio e imagen aportan datos útiles. La Rx es de primera línea, el TC define la morfología. El síndrome de cola de caballo es excepcional, se estima una frecuencia muy baja, lo que representa un motivo de derivación urgente a cirugía.

P-2242

MARCHA INESTABLE Y ALGO MÁS

L Tomás Ortiz (1), MD Navarro Miralles (1), D Martínez Antequera (2)

(1) Centro de Salud Cartagena Oeste/Hospital Santa Lucía. Murcia. (2) Centro Salud Barrio Peral. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: gait disorders, neurologic-paraneoplastic syndromes-adenocarcinoma**OBJETIVOS:**

Aproximación diagnóstica de la alteración de la marcha, indagando en el cuadro evolutivo y síntomas asociados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Exploración física: No soplos carotídeos. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: anodino. Miembros inferiores (MMII): no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Lesiones petequiales y purpúricas puntiformes en palmas y plantas. Neurológica: consciente y orientado en las 3 esferas. Lenguaje fluente sin afasias. No extinciones ni negligencias. No nistagmo. Pares craneales centrados (incluyendo pares bajos). No claudicación de miembros en maniobras de Mingazzini-Barré. Dificultad para motricidad fina ambas manos. Reflejo-cutáneo-plantar flexor bilateral. Hipoestesia tactoalgésica distal en MMII. Dismetría en 4 extremidades de predominio izquierdo. No ataxia en sedestación. Marcha atáxica con imposibilidad para Romberg. No temblor. Exploraciones complementarias urgencias: Bioquímica, hemograma y coagulación: normales, orina: normal, radiografía tórax: normal, ECG: normal, TC craneal: leucoencefalopatía vascular crónica moderada. Ingreso (neurología): Resonancia magnética (RM) craneal: no signos patología aguda, RM cervical/dorsal/lumbar: discopatía degenerativa grado 2-3 cervical y lumbar con estenosis del canal, electromiograma: polineuropatía axonal, sensitiva y motora severa, punción lumbar, morfología celular, serológicas: negativas. TC toraco/abdomino/pélvico: engrosamiento parietal antro-pilórico (gastroscopia: masa pétreo, ulcerada y friable antral/biopsia: adenocarcinoma infiltrante de estómago).

RESULTADOS:

Adenocarcinoma gástrico (T2N1M0) que debuta con síndrome paraneoplásico (encefalomielitis/degeneración cerebelosa y vasculitis por sensibilidad).

CONCLUSIONES:

Tras descartar patología urgente, se inicia estudio etiológico diferencial (Wernicke+ polineuropatía), neoplásico/paraneoplásico o síndrome Miller-Fisher/AMSAN. Tras múltiples estudios, se descarta neoplasia primaria del sistema nervioso central, encontrando adenocarcinoma gástrico. La sintomatología es compatible con síndrome paraneoplásico siendo valorado por comité multidisciplinar que, tras valorar pronóstico, decide tratamiento paliativo.





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

P-2280

DOCTOR, ME DUELE EL CUELLO

T Hernández Verdú, J Barea Aleixandre, A Martínez Ramírez,
T Navarro Muedra, M Díaz Sanmartín

Hospital General Universitario de Valencia

PALABRAS CLAVE: leucemia-cervicalgia-transfusión

OBJETIVOS:

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente mujer de 56 años que acude al SUH por cervicalgia y dorsalgia de una semana de evolución. Ante palidez cutánea, se interroga sobre otros síntomas. Además de la clínica anterior, refiere astenia, debilidad en MMII, sensación distérmica, acúfenos, cefalea. No ha presentado náuseas, vómitos, alteración del ritmo intestinal, síndrome urinario ni otros síntomas acompañantes. El acompañante refiere que esta última semana está mucho más pálida que en los últimos meses. EXPLORACIÓN FÍSICA Aceptable estado general, consciente y orientada, palidez cutánea, normohidratada ACR: tonos regulares taquicárdicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos Abdomen: blando y depresible. No dolor a la palpación, sin defensa peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP. No alteración de pulsos. No ingurgitación yugular.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Hematíes 1.14, Hemoglobina 3.8, Hematocrito 10.8, VCM 94.6 HCM 33.1 CHCM 35 ADE 20.2 Leucocitos 3.8, (Neutrófilos 1,300 Linfocitos 2,200, Eosinófilos 0), Plaquetas 8, VPM 8.8. Coagulación: Índice de Quick * 74 Tiempo de Protrombina (TP) 14.1 seg. I.N.R. 1.21 TTPA 26.5 Ratio (TTPA) 0.89 Fibrinógeno Derivado 647 Bioquímica: sin hallazgos patológicos Proteína C Reactiva 4.8 mg/dL. Coombs directo negativo. Rx de tórax: sin alteraciones de interés.

RESULTADOS:

Durante su estancia en observación presenta pico febril de 38° previo a la administración de concentrado de plaquetas y hematíes por lo que se decide posponer la transfusión así como iniciar tratamiento con amoxicilina-clav, antitérmicos y corticoides. JD: Pancitopenia a estudio Se decide ingreso a cargo de Hematología. Durante su hospitalización: se diagnostica leucemia aguda y se realiza traslado a hospital de referencia.

CONCLUSIONES:

Ante signos/síntomas de alarma no referidos por los pacientes aunque no sean motivo de consulta, es importante continuar exploraciones en la dirección marcada por estos signos/síntomas. La leucemia aguda puede cursar con síntomas inespecíficos pero un hemograma básico detecta anomalías que pueden hacernos sospechar.

P-2333

PUNTO DE CORTE ÓPTIMO DE LA COLESTEROLEMIA PARA PREDECIR LA OCURRENCIA DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL DE TIPO HEMORRÁGICO EN PACIENTES DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DEL ESTADO DE SONORA

RH Campa Soberanes (1), I Huerta Badillo (1), F Gómez Mendoza (1),
A Gómez Alcalá (2)

(1) Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS. (2) Escuela de Medicina.
Universidad de Sonora. México

PALABRAS CLAVE: hemorragia cerebral-colesterolemia-infarto

OBJETIVOS:

Establecer el punto de corte óptimo de la colesterolemia para predecir la ocurrencia de evento vascular cerebral de tipo hemorrágico en pacientes de 18 a 60 años de edad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mediante espectrofotometría colorimétrica (Método de Flegg) se determinó el nivel de colesterolemia en 50 pacientes con EVC de cualquier tipo que ingresaron al área de Urgencias del HGZ No. 14. Se determinó si la colesterolemia del paciente era menor de 180 mg/dL. Para bioestadística se utilizó el programa IBM SPSS Statistics y MedCalc.

RESULTADOS:

En el análisis de la curva ROC de colesterolemia como predictora de EVC hemorrágico se observó un área bajo la curva de 0.77 (AUC = 0.77, IC95% 0.63 ? 0.88, p ? 0.05), el índice de Youden fue de 0.68 (J = 0.68, IC95% 0.40 ? 0.84) determinándose un valor de corte óptimo de ?161 mg/dl (IC95% ?149 ? ?161 mg/dl). Un punto de corte fijado en ?161 mg/dl determina una sensibilidad de 84 (S = 84, IC 95% 63.9 ? 95.5) y especificidad de 84 (S = 84, IC 95% = 63.9 ? 95.5).

CONCLUSIONES:

En un paciente con Enfermedad Vascular Cerebral, una colesterolemia < 161 mg/dl es capaz de determinar, con elevada sensibilidad y especificidad, la presencia de un EVC de tipo Hemorrágico. Proponemos que, en escenarios donde los recursos son limitados y la realización de un estudio de imagen definitivo puede retrasarse, el nivel de colesterol se utilice como una prueba diagnóstica de apoyo. Nuestro estudio es pionero en implementarse en la población mexicana y en el continente Americano.



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

P-2343

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERPOTASEMIA ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

L Rodríguez Serra, O Ortigosa Agustín, C Garcés San José, T Fernández Letamendi, MA Javierre Loris, AM Díaz de Tuesta Chow Quan, AC Cabistany Esque
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hyperkalemia-emergency-patient profile

OBJETIVOS:

El estudio analiza el perfil de pacientes atendidos en un servicio de urgencias de tercer nivel por hiperpotasemia aguda en el periodo de un año y su destino al alta tras tratamiento recibido.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Los datos han sido extraídos desde programa informático de asistencia (PCH). Partiendo de 129.989 pacientes, se seleccionaron aquellos diagnosticados de hiperpotasemia y/o insuficiencia renal entre las tres primeras opciones diagnósticas resultando 178 casos. Datos analizados con programa estadístico SPSS V22.

RESULTADOS:

El 61.8% de los casos eran hombres y el 38.2% mujeres, siendo su mediana de edad 79.8 años. El 97.1% obtuvieron, tras triaje a su llegada, niveles de prioridad II y III. El 25.5% de los pacientes presentaron hiperpotasemias leves (5.5- 6 mEq/l), el 39.2% moderadas (6-7mEq/l) y el 35.3% severas (mayor de 7mEq/l). Los niveles de creatinina superiores a 1.2 suponen el 94.9% (mediana 2.73). El 96% tenían antecedentes personales de interés siendo los más prevalentes la hipertensión arterial (30.8%), la insuficiencia renal crónica (22.3%), la diabetes (17,4%) y la dislipemia (10.5%). El 94.11% presentaban factores de riesgo para hiperpotasemia siendo los más prevalentes el tratamiento con furosemida (18.4%), beta bloqueantes (13.9%), IECAs (11.5%), espironolactona (10.2%), AINES (9%), ARA II (6.1%) y las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal (13.9%) y la diabetes (10.7%). El 75.5% precisaron ingreso hospitalario frente a los 23.5% de los restantes que fueron altados directamente desde urgencias.

CONCLUSIONES:

Estadísticamente, a pesar de la elevada edad, la pluripatología y polimedicación de los pacientes atendidos en este servicio de urgencias, solamente se puede demostrar que el 9% de la variabilidad del potasio es explicable por el aumento de creatinina (cada mg/dl que aumenta la creatinina el potasio aumenta 0.08 mEq).

P-2345

DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANTE CONSULTA DE CEFALEA AGUDA NO TRAUMÁTICA EN URGENCIAS

M Vaquero Álvarez (1), FJ Fonseca del Pozo (2), J Valle Alonso (3)

(1) Hospital San Agustín. Linares, Jaén. (2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba. DCCU de Montoro, Córdoba. (3) Servicio de Urgencias. Royal Bournemouth Hospital. Bournemouth, Reino Unido

PALABRAS CLAVE: hemorragia subaracnoidea-tomografía axial computarizada-validez

OBJETIVOS:

Estudiar la validez de la tomografía axial computarizada (TAC) para identificar HSA en pacientes con cefalea súbita.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo en 101 pacientes que consultaron por cefalea aguda no traumática con pico de intensidad a los sesenta minutos del comienzo de los síntomas, en un Hospital Comarcal de 2012-2013. Se realizó una TAC de cráneo seguida de una punción lumbar (PL) si la TAC era normal. A todos los participantes se les siguió durante 6 meses, a través de la historia digital. Para determinar la validez diagnóstica de TAC para la HSA, se calcularon sensibilidad y especificidad, valores predictivos positivos y negativo, valor global de la TAC, y razón de verosimilitud negativa (LR-).

RESULTADOS:

Los pacientes con HSA son relativamente jóvenes (41,9 años), con poca comorbilidad pero con probabilidad elevada de secuelas. En relación al diagnóstico final, un 10,2% de los pacientes presentó HSA, correspondiendo un 34,4% a cefalea migrañosa. La TAC para detectar la HSA dentro de las 6 horas del comienzo de la cefalea muestra: sensibilidad 100% (IC 95% 95% -100%), especificidad 98,7% (IC 95% 95,4%-100%), valor predictivo positivo 90,9% (IC 95% 69,4% -100%), valor predictivo negativo 100% (IC 95% 99,3% -100%), con valor global del 98,8% (IC 95% 95,9%-100%), y probabilidad de resultado negativo de la TAC ante ausencia de HSA (LR-) de 0.

CONCLUSIONES:

La HSA es una de las etiologías más importantes de la cefalea en estallido. Una TAC normal en pacientes con cefalea súbita sin clínica neurológica adversa, puede ser suficiente para descartar la HSA sin la necesidad de realizar PL.



índice temático



índice autores



inicio



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

P-2347

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CRISIS CONVULSIVAS

B de la Villa Zamora, N Rodríguez García, I Picó García,
CM Cano Bernal, E Tomás Jiménez, L Blázquez González

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: epilepsy-emergency-convulsion

OBJETIVOS:

Analizar el perfil clínico de los pacientes que acuden a urgencias por causa de crisis convulsiva.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general con una población de 200,000, y 275 urgencias al día. Se incluyó a aquellos pacientes mayores de 18 años dados de alta con diagnóstico de crisis epiléptica en enero, mayo, junio y septiembre de 2016.

RESULTADOS:

El total de pacientes fue de 48. La media de edad fue de 42,66, teniendo entre 18 y 65 años el 72,5% de los pacientes. El 48% eran varones y el 52% eran mujeres. Para el 70% era su primer episodio, el 30% ya había sido diagnosticado de epilepsia, con una media de 16 años de evolución de la enfermedad. El 65% de ellos ya se encontraba en tratamiento, siendo los fármacos más utilizados el levetiracetam y el valproato. El 73% eran independientes para las actividades de la vida diaria. El 54% eran remitidos a urgencias desde servicios de atención extrahospitalaria, (73% atendidos en su domicilio), mientras que el 35,4% acudía por decisión propia. El 80% acudía por crisis descritas como tónico-clónicas, mientras que el resto refería alteraciones del comportamiento u otros motivos. El 80% de estas crisis eran generalizadas. Las principales etiologías descritas eran alteraciones estructurales del SNC (30%) o abuso de tóxicos (14,5%).

CONCLUSIONES:

Los Servicios de Urgencias son clave en nuestro sistema sanitario, siendo esencial mejorar su seguridad y calidad asistencial. En cuanto a las urgencias neurológicas, el ictus acapara casi toda la atención, quedando poco espacio para otras patologías como la epilepsia. Conocer el perfil de los pacientes que acuden a nuestro servicio por este motivo ayudará a mejorar el manejo de los mismos.

P-2357

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES GRAVES DIABÉTICAS: CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLUCÉMICO

N Arriero Fernández, R Torres Del Arco, C Castell Jimeno,
CE Freijoso Fernández, A Zapata Balcazar, E Martín Echevarría,
A Pérez Ortega

Hospital Universitario de Guadalajara

PALABRAS CLAVE: cetoacidosis diabética-estado hiperglucémico hiperosmolar-complicaciones

OBJETIVOS:

Analizar factores que condicionan la aparición o agravan el pronóstico de las complicaciones diabéticas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de historias clínicas de ingresos hospitalarios desde el servicio de Urgencias y alta con diagnóstico de CAD o EHH entre 2013-2016 en el Hospital Universitario de Guadalajara. Se recogieron datos demográficos, clínicos y parámetros analíticos iniciales. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 197 pacientes, 52,3% (103) mujeres. La mediana de edad fue 43,9 años (IIQ 23,3-70,8). El 73,1% (144) se diagnosticaron de CAD y EHH el resto. Fallecieron el 6,1%. El 54,8% presentaba DM1 y el 39,1% DM2. El tratamiento fue insulina 57,4% (113) (basal 49,2%, rápida 43,1%, mixta 5,1%) y 23,9% (47) ADO (biguanidas 13,7%, inhibidores DPP4 7,6%). El 30% se asoció a infección (ITU 8,6%). Se asoció tratamiento diurético al 19,4%. Analíticamente destacaban: HbA1C elevada (93% de casos), hiponatremia (67,5%), hiperpotasemia (36,5%), PCR elevada (84,8%). En el análisis univariante se obtuvo aumento del riesgo de CAD con: tratamiento con insulina [OR 4,16 (IC95% 2,08-8,3)], toma de diuréticos [OR 12,556 (IC 5,54-28,434)], PCR elevada [OR 2,6 (IC95% 1,3-5,2)], presencia de infección [OR 6,4 (IC95% 3,2-12,9)]. Mediante regresión logística lineal se relacionó la estancia hospitalaria con: cifras de glucosa inicial [por cada 100 mg de incremento, aumenta 0,6 días ($p < 0,05$)], función renal [por cada mg de creatinina aumenta 2,718 días ($p < 0,0001$)], y PCR (por cada 10 mg de incremento aumenta 0,2 días). En el análisis multivariante, tanto insulina [OR 4,13 (IC95% 1,8-9,4)] como diuréticos [OR 13,1 (IC95% 5,3-32,5)] se asociaron de forma independiente con el riesgo de CAD. No encontramos ninguna variable relacionada significativamente con mortalidad.

CONCLUSIONES:

En urgencias se deben vigilar principalmente pacientes diabéticos descompensados insulino-dependientes con infecciones y PCR elevada, por mayor riesgo de CED y EHH, asociando mayor estancia hospitalaria. El uso concomitante de diuréticos e Insuficiencia renal empeoran el pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio





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

P-2390

NO PUEDO TRAGAR

I Pico García, B de la Villa Zamora, N Rodríguez García,
C Cano Bernal, MJ Martínez Valero, C López Alarcón, A Marco Bernal
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: ELA-disfagia-bulbar

OBJETIVOS:

Descartar origen neurológico de la disfagia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente mujer de 58 años que consulta por disfagia para sólidos y, en menor medida, para líquidos desde hace. Además indica que en las dos últimas semanas ?se le trababa algo la lengua?. Su médico de AP atribuyó los síntomas a una toma excesiva de Diazepam, indicando que suspendiera dicha medicación. A pesar de ello, la paciente persiste con sintomatología y consulta en urgencias. Antecedentes personales: síndrome ansioso depresivo en tratamiento con Sertralina 20mg y Diazepam 5mg si precisa.

RESULTADOS:

Exploración física: TA: 140/89, FC: 86 lpm, saturación O₂ 98%, temperatura 36.5°C. ACP: normal. Faringe normal. Exploración neurológica: mínima disartria, fasciculaciones de la lengua, reflejo nauseoso abolido, pares craneales y resto de la exploración normal. Pruebas complementarias en urgencias: analítica sanguínea: normal. Análisis orina: normal. TAC: sin evidencia de masas ni lesiones isquémicas o hemorrágicas, estudio dentro de la normalidad. Ante los hallazgos clínicos de la paciente, se procede a ingreso en neurología para completar el estudio. Pruebas complementarias en planta: RNM: hiperintensidad de las fibras corticoespinales e hipointensidad de la corteza motora. EMG: aparición de potenciales de fibrilación y ondas positivas. Estudio neuroconducción: leve disminución amplitud potencial motor, velocidad de conducción normal. Diagnóstico final: Parálisis bulbar progresiva.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente que presenta como síntoma principal disfagia, es sumamente importante un despistaje de enfermedades neurológicas que pueden producir dicha clínica. El tratamiento de los pacientes debe ser multidisciplinar y comenzar desde el momento de la comunicación del diagnóstico. Además del tratamiento etiopatogénico, es fundamental el tratamiento sintomático adecuado, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

P-2402

MÁS ALLÁ DEL MALESTAR GENERAL

Y Sánchez Prieto, A Moreno Juste, MM Jiménez Casado,
L Rejas Morras, N Ramírez Dominguez, Z Mateo Segura
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: leuk lymphoma-lung diseases-drug therapy

OBJETIVOS:

Varón de 41 años, natural de Marruecos, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Trabaja de cajero en una grande superficie. No contacto con animales. Acude a urgencias por deterioro del estado general de dos meses de evolución, asociado a tos y disnea con expectoración blanquecina, que le impide su trabajo habitual. A la exploración presenta constantes normales, destacando únicamente una discreta hipoventilación basal izquierda.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En urgencias se solicita analítica general y radiografía de tórax, encontrando lesiones costales osteolíticas con ausencia de uno de los tramos costales en parrilla izquierda. Debido a este resultado se solicita TC toraco-abdominal encontrando una masa en pared torácica izquierda que protuye hacia espacio pleural provocando pequeño derrame pleural asociado. Inicialmente se pensaron en distintos diagnósticos diferenciales como absceso pulmonar, neoplasia pulmonar, sarcoma, linfoma, sarcoidosis, tuberculosis, micosis fungoide transformada, papulosis linfomatoide.

RESULTADOS:

Se decidió ingreso del paciente en planta de medicina interna, con biopsia de la lesión costal, con resultado de linfoma anaplásico de células grandes CD-30/ALK-1 positivo. Comenzó con tratamiento quimioterápico, siendo bien tolerado y estando en la actualidad asintomático y laboralmente en activo.

CONCLUSIONES:

El linfoma anaplásico de células grandes es un linfoma periférico no-Hodgkin T, poco frecuente y agresivo, que representa el 2% de frecuencia(1). Los pacientes afectados suelen ser jóvenes de mediana edad, varones (70%), y suelen consultar en estadios I/II hasta el 50%(2). Se suele manifestar con síntomas generales, siendo características la afectación de ganglios periféricos, mediastínicos (que asocian tos, disnea y/o edema) o abdominales de gran tamaño pero indolores. Este caso clínico pretende recordar que, aunque haya patologías poco frecuentes y con clínica diversa y que no presentamos guías para las mismas, ante determinados síntomas generales debemos realizar una exploración física básica que nos permite enfocar y solicitar las pruebas complementarias necesarias para poder acercarnos a la patología de los pacientes y así podemos mejorar la expectativa de vida de los mismos.



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

P-2406

**ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA:
A PROPÓSITO DE CINCO CASOS**

**L Belmar Vega, L Galván Espinoza, G Fernández Fresnedo,
J Bada Da Silva, M Heras Vicario, AL Martín De Francisco**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: acidosis láctica-metformina-diabetes mellitus

OBJETIVOS:

Analizar los principales factores de riesgo, tratamiento y evolución de acidosis láctica a propósito de cinco casos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión de cinco casos de acidosis láctica asociada a metformina.

RESULTADOS:

Los pacientes (4 mujeres y 1 varón), con edad media 71,8 años presentaban función renal previa normal, a excepción de dos pacientes con ERC estadio 3b. Los motivos de asistencia a urgencias fueron diarrea en tres de los cinco casos y fiebre y deterioro general en los dos restantes. En todos los casos se produjo un fracaso renal agudo (FG al ingreso 4-16 ml/min). Entre los factores de riesgo precipitantes, la deshidratación estuvo presente en todos los casos, tres pacientes recibían tratamiento con IECA/ARAI y dos referían ingesta de AINE los días previos. La administración de contraste yodado y la sepsis estuvieron presentes en tan sólo uno de los casos, respectivamente. Tras suspensión de metformina, fármacos nefrotóxicos, administración fluidoterapia y realización de una sesión de hemodiálisis los cinco pacientes presentaron una evolución clínica favorable con corrección de acidosis y mejoría progresiva de función renal hasta su situación basal.

CONCLUSIONES:

Los principales factores de riesgo de la acidosis láctica, son: insuficiencia renal, trastornos agudos (deshidratación, infección grave, shock) fármacos (AINE, IECA, ARAII, contrastes yodados) que impliquen un riesgo de alteración de la función renal, enfermedad hepática, alcoholismo, enfermedad aguda o crónica capaz de provocar una hipoxia tisular. Su tratamiento incluye medidas de soporte y corrección del factor desencadenante. La hemodiálisis permite la corrección de la acidosis y la eliminación del fármaco. La corrección mediante bicarbonato resulta controvertida. Dada la potencial gravedad del cuadro, la prescripción del fármaco debe llevarse a cabo con precaución ante la presencia de posibles factores de riesgo, incluso en pacientes con función renal normal.

P-2411

**¿ES DETERMINANTE EL TIPO DE ANTICOAGULANTE
PARA DETERMINADAS HEMORRAGIAS?**

**C De Prados González, C Saavedra Menchón, S Paoli,
P Lázaro Aragües, J Sánchez Nicolás, P Piñera Salmerón**

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: hemorragia-fármacos hematológicos-anticoagulantes

OBJETIVOS:

Analizar si existe diferencia en cuanto a número y tipo de hemorragia según fármaco anticoagulante administrado.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo de revisión de historias clínicas, se incluyeron a todos los pacientes anticoagulados que consultaron en el Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Murcia con diagnóstico de hemorragia secundaria en el periodo 2015- 2016. Los fármacos pertenecientes a ACOs: warfarina, acenocumarol y Heparina de bajo peso molecular y NACOS: apixabán, rivaroxaban y dabigatrán. Y se diferenciaron como origen de la hemorragia activa: otorrinolaringología, digestivo, cerebral, vascular, genitourinario, partes blandas y cutáneo, postquirúrgico y mixto(hemorragias múltiples, origen no filiado o fragilidad del anciano).

RESULTADOS:

De 121 pacientes analizados, 2 se excluyeron por ausencia de sangrado, se identificaron como sangrados más frecuentes: Mixto (41.2%), cutáneo y partes blandas (18.5%), vascular (10.1%) y digestivo (10.1%), siendo la hemorragia menos frecuente la postquirúrgica (2.5%). Analizando el tipo de fármaco anticoagulante, los más frecuentes en pacientes con hemorragia secundaria son: acenocumarol (74%), warfarina (10.9%) y rivaroxabán (7.6%). Analizando el fármaco más frecuente (acenocumarol) y el lugar del sangrado se vio: sangrado mixto el 77.6%, en partes blandas y cutáneo el 72.8%, en vascular el 75% y en digestivo el 83.3% estaban anticoagulados con acenocumarol.

CONCLUSIONES:

Los pacientes anticoagulados que consultan por hemorragia en el Servicio de Urgencias suelen estar tratados principalmente con acenocumarol, siendo un 74% del total de pacientes, y siendo el fármaco más prevalente en los sangrados más frecuentes. Sin embargo, hemos observado que los NACO no están instaurados mayoritariamente en nuestra población, pues del total de pacientes anticoagulados, un 87.4% tienen pautado ACO frente a 12.6% que están en tratamiento con NACO, por lo que una de nuestras limitaciones fue una muestra (n) pequeña y un escaso uso de los NACO.



índice temático



índice autores



inicio



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

A-1746

CÓDIGO ICTUS-CÓDIGO IAM EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

M García Tovar, V Barrero Muñoz, JL Alcega Tirado, G Alonso Esteban
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

A-1760

CUIDADOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y TERMINAL EN URGENCIAS

M Vara Díez, I Herguedas Sanz
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

A-1812

DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN EL SUH DE SEGOVIA

SB Gil López, S Macías Martín, I Marcos Sánchez, M Gutiérrez de Antonio, P Alonso Chacón, E Muñoz Alonso, A Narros Giménez
Hospital General de Segovia

A-1813

LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESAN MÁS... ¿VERDAD O MENTIRA?

R Cuadra San Miguel, JR Casal Codesido, M Piñón García, MT Fernández Rivas, B López Prada, M González Merayo, E García Riera
Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

A-1826

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TCE EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

JJ Eito Cuello, I Torres Pena, B Benito Ruiz, Z García Anadon, F Francia Franco, M Pons Mateo, J Martínez Castellón
Hospital de Barbastro. Huesca

A-1855

EL SEXO MATA

D Lucas Aroca, CF Piqueres Vidal, P Lucas Aroca
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

A-1982

HEMICOREA DE CAUSA POCO FRECUENTE

J García Criado, A Muñoz Galindo, I Corbacho Cambero, RM Herrero Antón
Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

A-2044

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Muñoz Galindo, I Corbacho Cambero, J García Criado, J Naranjo Armenteros, R Lozano Mejorada, L Alonso Guardo, C Cano Gala
Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

A-2081

INSULINA (AMIGO/ENEMIGO)

D Guzmán Rosario (1), F Manjarres Henríquez (2), A López Chollet (1), R Navarro Suay (1), G Díaz Polanco (3), M Muro Fernández (3)
(1) Hospital Central de la Defensa Gómez ULLA. Madrid. (2) Ministerio de Defensa BHELEME II. (3) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

A-2146

EVALUACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL EN EL AÑO 2016 TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

FJ Salvador Suárez, C Ríos Pérez, C Pérez Benito, R Chaveli Serna, JJ Salgueiro Ruiz, R Hueso Pinazo
Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia



índice temático



índice autores



inicio





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

A-2184

ESTUDIO H2-DM2: INSULINIZACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS
INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA.
¿QUÉ ANÁLOGO BASAL ELEGIR?

Á Campo Jiménez (1), G Sempere Montes (2), L Ribadulla
Nogueira (3), M Bernuz Rubert (4), M Ramón Montánchez (4),
A Viña Almunia (4), A Seoane Novas (4)

(1) Centro de Salud Valencia Castellar. (2) Hospital Doctor Peset (UCE). Valencia.
(3) Centro de Salud Fuente San Luis. Valencia. (4) Centro de Salud Ingeniero J.
Benlloch. Valencia

A-2341

HEMORRÁGICOS

A Martínez Cámara, V Landaluce Pelligra, P Sánchez-Aguilera
Sánchez-Paulete, P Muñoz Gómez, R Rubio Díaz

Complejo Hospitalario de Toledo

A-2382

MAGNESIO, ¿CUÁNDO SOSPECHAR QUE ESTÁ ALTERADO?

L Gómez Sánchez (1), I Arroyo Rico (1), A Robles Amieva (2)

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. (2) Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander

A-2446

UN DOLOR ABDOMINAL... Y ALGO MÁS

A García Lloret, M González Yanes, E Abreu Jáuregui, M Gómez
Franco, J Santana Rodríguez, J Avila González, J García Fernández

Hospital Universitario de Canarias



CAPÍTULO 11

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-2463

ESTUDIO DE CRIBADO TOXICOLÓGICO EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE CAN MISSES DEL 1 DE JUNIO AL 15 DE OCTUBRE DEL 2016

MA Leciñena Esteban (1), E Moreno Noguero (1),
L Sahuquillo Frías (1), B Barceló Martí (2), J Puigurri Ferrando (2)

(1) Hospital Can Misses. Eivissa, Illes Balears. (2) Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

PALABRAS CLAVE: cribado-toxicológico-laboratorio

OBJETIVOS:

Analizar durante este periodo, el perfil toxicológico de los pacientes atendidos en el HCM con un cribado de drogas de abuso en orina y detectar nuevas drogas y nuevas tendencias en cuanto al patrón de consumo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante este periodo, en el laboratorio de Urgencias del HCM se recibieron 1158 peticiones. Para el cribado de drogas de abuso en orina se utilizó el reactivo Triage de la empresa Alere Diagnostics que detecta 11 drogas y/o fármacos: Acetaminofeno, Metanfetaminas, Anfetaminas, Cocaína, Cannabis, Barbitúricos, Benzodiacepinas, Antidépresivos tricíclicos, Opiáceos, Fenilciclodina y Metadona. Desde Julio, 151 muestras positivas a Anfetaminas y Metanfetaminas se derivan al Laboratorio de Análisis Clínicos del HUSE para realizar un cribado toxicológico ampliado y posterior confirmación por la técnica de cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (GC-MS).

RESULTADOS:

Laboratorio de Urgencias del HCM: Las solicitudes por meses fue similar, con un ligero pico en Agosto. Servicios peticionarios: Urgencias 91%, Psiquiatría 4% y UCI 25. Sexos: hombres 62% y mujeres 38%. Edad media: 34 años, sin diferencias significativas entre sexos. Cribados positivos por franja de edades: <18 años: Cannabis. 18-29 años: Anfetaminas + Metanfetaminas, seguida de Cocaína. 30-39 años: Cocaína seguida de THC y de Anfetaminas + Metanfetaminas. 40-59 años: Cannabis seguido de Cocaína. > 60 años: Cannabis. Resultados del Laboratorio de Toxicología del HUSE: De las 151, en 141 se detectó MDMA-MDA, en 93 Cocaína, en 20 Ketamina, en 6 Anfetamina, en 4 Metanfetamina, en 3 GHB, y en 1 caso alfa-PVP. Sexos: hombres (67%) respecto a las mujeres (33%). Edad media: 27 años. El 96% procedentes de Urgencias y un 2% de UCI.

CONCLUSIONES:

El perfil de intoxicaciones atendidas se ajusta al patrón de consumo de drogas de abuso conocido en estudios previos, siendo la MDMA-MDA y cocaína las drogas de abuso más frecuentes. Un 12% de los pacientes presentaba un consumo conjunto de MDMA y Ketamina. Sólo se detectó un caso de nueva droga psicoactiva del grupo de las catinonas.

O-2488

EL PACIENTE INTOXICADO EN URGENCIAS:
UN PERFIL HETEROGÉNEO

C Soler Lladó, P Gubern Prieto, I Sanz Pérez, P Álvarez López,
M Camprodon Gómez, A Ricart Conesa, J Llaneras Artigues

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: intoxicación-sobreingesta-drogas

OBJETIVOS:

Conocer aspectos epidemiológicos, clínicos y demográficos de las intoxicaciones atendidas en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio de los casos atendidos en el año 2016 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Vall d'Hebron con diagnóstico al alta que incluyese el término intoxicación.

RESULTADOS:

Se analizaron 615 casos admitidos en urgencias. 232 (38%) fueron secundarias a intoxicación alcohólica, 91 (15%) por drogas de abuso, 84 (14%) por fármacos psiquiátricos, 27 (4%) por fármacos antiarrítmicos y 181 (29%) no fueron caracterizables en ninguno de los grupos anteriores. La mediana de la edad del total de las intoxicaciones fue de 45 años (p25: 34, p75: 57) pero la edad media varió en función de los diferentes grupos. La edad media de las intoxicaciones alcohólicas fue de 40,5 años (Desviación estándar (DE): 5,48), por drogas 39,9 años (DE: 14,5), psiquiátricos 51 años (DE: 20,6) y antiarrítmicos 79,4 años (DE: 8,89). El 73% de los pacientes procedían de domicilio, el 14% de vía pública y el 7% provinieron de las consultas de atenciones primarias u hospitalarias. La llegada al hospital en el 65% de los casos fue mediante transporte sanitario no medicalizado, el 3% mediante transporte medicalizado, el 31% acudieron por medios propios y el 3% mediante cuerpos de seguridad. El 72% pudieron ser altas a domicilio, 15% requirieron ingreso (Intensivos, Corta Estancia, Psiquiatría o Medicina Interna). El 8% fueron derivados a otro centro y el 5% fueron fuga o alta voluntaria aunque ninguno reingresó en las siguientes 24 h.

CONCLUSIONES:

Existe una gran variabilidad tanto en las causas como en la edad de presentación de las intoxicaciones hecho que no permite estandarizar un único protocolo de manejo. Estudios más completos son necesarios para mejorar la calidad de la atención y aprovechar los recursos disponibles.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-2492

INTOXICACIONES POR CÁUSTICOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DEL CAUSA

A Bajo Bajo (1), S Grande Báñez (1), MC Rivas Herrero (1), MJ Bringas García (1), AJ Velasco Guardado (2), A Martínez Royo (1)

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
(2) Servicio de Digestivo

PALABRAS CLAVE: intoxicaciones-cáusticos-endoscopia

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es describir las características de las intoxicaciones por cáusticos atendidas en el Servicio de Urgencias Hospitalario del CAUSA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estudiaron las intoxicaciones por cáusticos atendidas por el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca durante los años del 2008 al 2016. Describiéndose las características epidemiológicas, clínicas y evolutiva.

RESULTADOS:

Durante este periodo se atendieron 62 pacientes. La mayoría de las pacientes acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) en el turno de mañana y el de tarde. Los pacientes presentaban una edad inferior a 75 años, siendo el 53% varones y el 47% mujeres. Los días en que más pacientes acudieron al SUH fueron el Lunes y Martes seguidos del Sábado. En el 26% de los casos existió intencionalidad suicida. En el 80% de los casos se ingirió una cantidad inferior a 50 ml. En el 53% de los casos la sintomatología fue leve, 19% moderada y 5% grave. El 25 % precisó ingreso en planta. A todos los pacientes se les realizó una gastroscopia de Urgencia, con un 70% de pacientes con clasificación Zagar 0 - I, y solo el 11% precisó de una 2ª gastroscopia para valoración de evolución.

CONCLUSIONES:

Las intoxicaciones por cáusticos son una patología infrecuente que precisa un enfoque especial y diferente al resto de las intoxicaciones en los servicios de urgencias. Son mas frecuentes en Lunes y Sábado, en menores de 75 años y no existen diferencias respecto al sexo. La gastroscopia realizada de Urgencia permite el alta a mas del 70% de los pacientes. El 5% de todas las causticaciones son graves y precisan de importante atención Médico-Quirúrgica.

O-2497

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR SETAS

S Sánchez Ramón, E Palmier Peláez, B Martín Pérez, V Fraile Gutiérrez, A Dueñas Laita, A Arévalo Pardo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: setas-intoxicación-hepatotoxicidad

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia y gravedad de las intoxicaciones producidas por setas que acuden al SUH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes de cualquier edad con diagnóstico de intoxicaciones por setas. Criterios de exclusión: pacientes en cuya alta del SUH tras revisión de las historias estuvieran mal codificadas. Mediciones e intervenciones: Se revisó el sistema de registro del servicio de urgencias y el de altas hospitalarias desde el año 2005 al 2015 en el que figuraran entre los códigos diagnósticos intoxicaciones por setas o efectos secundarios. Se recogieron diferentes variables que fueron analizadas en el programa SPSS v. 18.0.

RESULTADOS:

35 pacientes con intoxicación aguda por setas. Edad media 43,2 (± 17,9) años, 51,4% de varones. Intoxicaciones más frecuentes en otoño y patrón de consumo individual. El 59% acudió tras más de 6 horas postingesta: el 61,1% precisó ingreso. La clínica que más se observó fue la gastroenterítica seguida de la muscarínica. Los pacientes con periodos de latencia largo (>6 horas) presentaban cuadros más graves, como el hepato y nefrotóxico. Se observan valores muy elevados en los enzimas hepáticos (AST, ALT, GGT, FA), bilirrubina e INR en los pacientes con periodos de latencia largos. Fue necesaria la utilización de descontaminación digestiva en el 25,7% de los casos y tratamiento específico en un 34,3% de los casos de los cuales el 83,3% eran pacientes con cuadros hepatotóxicos. Sólo dos pacientes precisaron trasplante hepático.

CONCLUSIONES:

Las intoxicaciones por ingesta de setas se relacionan generalmente con cuadros digestivos leves y autolimitados. Debemos estar alerta sobre todo durante los meses de otoño. El enfoque diagnóstico y posterior manejo terapéutico, dependerá de la sintomatología, el tipo seta y el periodo de latencia de la clínica, sin olvidar la asociación entre latencia larga y hepatotoxicidad.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-2508

MORTALIDAD INMEDIATA Y A LOS 30 DÍAS EN LAS INTOXICACIONES DIGITÁLICAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE CATALUÑA

E Salgado García (1), A Supervía Caparrós (2), X Calpe Perarnau (2), M Galicia Paredes (1), L García Gibert (3), F Córdoba Ruiz (4), C Clemente (4)

(1) Hospital Clínic. Barcelona. (2) Hospital del Mar. Barcelona. (3) Consorci Sanitari Parc Taulí Sabadell. Barcelona. (4) Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

PALABRAS CLAVE: digoxina-toxicidad-mortalidad

OBJETIVOS:

Conocer la mortalidad asociada a la intoxicación digitalica.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo y observacional de las intoxicaciones digitales atendidas en los SUH de 4 hospitales de Cataluña durante los años 2013-15. Se recogieron datos de filiación, tipo de intoxicación, presencia de factores predisponentes y precipitantes, repercusión clínica y electrocardiográfica, tratamiento administrado, destino al alta y mortalidad inmediata. Se analizó la existencia de posibles factores asociados a la mortalidad. Los datos se analizaron con un paquete estadístico SPSS vs. 17.0.

RESULTADOS:

Se atendieron un total de 172 intoxicaciones digitales, 8 casos intoxicaciones agudas (4,7%) y 164 casos (95,3%) intoxicaciones crónicas. La mortalidad inmediata fue del 6,4% (11 pacientes): 25% intoxicaciones agudas (2 casos) y 5% de las intoxicaciones crónicas (9 casos). La mortalidad a los 30 días fue del 13,9% (24 pacientes): 50% de las intoxicaciones agudas (4 casos) y 12,2% de las intoxicaciones crónicas (20 casos). Cinco pacientes (2,9%) recibieron tratamiento con anticuerpos antidigital, de los que solo uno falleció durante el seguimiento. Con respecto a la mortalidad inmediata, la edad media de los pacientes fallecidos fue discretamente superior a la de los pacientes que sobrevivieron (88,3 (6,2) vs. 84,6 (7,0) años, $p = ns$). No se encontró ningún factor relacionado con la mortalidad inmediata, si bien en los pacientes fallecidos existía un mayor porcentaje de intoxicaciones agudas (25% vs. 5,5%) y de presencia de factores predisponentes (8,5% vs. 0). En cuanto a la mortalidad a 30 días, los pacientes que fallecieron tenían una intoxicación aguda con mayor frecuencia (50% vs. 12,2%, $p = 0.014$), había un mayor porcentaje de intoxicaciones con intencionalidad suicida (66,6% vs. 13,0%, $p = 0.05$), existía más porcentaje de afectación renal (20,9% vs. 9,2%, $p = 0.005$) y presentaban menos sintomatología neurológica (4,1% vs. 17,8%, $p = 0.026$).

CONCLUSIONES:

La intoxicación digitalica se produce en pacientes de edad avanzada. No se encontró ningún factor relacionado con la mortalidad inmediata, mientras que la intoxicación aguda, la intencionalidad suicida, la presencia de insuficiencia renal a la llegada a urgencias y la ausencia de sintomatología neurológica se relacionaron con la mortalidad a los 30 días.

O-2529

PICADURAS DE MEDUSA EN LA COSTA CATALANA. FACTORES METEOROLÓGICOS Y TERRITORIALES ASOCIADOS

V Velasco Amigó (1), S Nogué (1), O Miró (1), M Gentile (2), V Fuentes (2), S Segura (3)

(1) Hospital Clínic. Barcelona. (2) Instituto de Ciencias del Mar. Barcelona. (3) Pro-activa Serveis Aquàtics. Badalona, Barcelona

PALABRAS CLAVE: picadura de medusa-metereología-territorialidad

OBJETIVOS:

Analizar si la prevalencia de picaduras de medusas guarda relación con la ubicación de la playa y/o con unas condiciones meteorológicas determinadas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante tres años consecutivos (2014-16) se ha registrado el número de personas que han solicitado asistencia en la playa tras ser picados por una medusa. Ello ha permitido calcular el Jellyfish Sting Index (JSI) o cociente entre el número de picaduras y el de otras asistencias sanitarias. Se solicitó información sobre las condiciones meteorológicas en los mismos días y a proximidad de las mismas playas en las que se recogieron datos sobre picaduras. Se pudo disponer de la presión atmosférica (hPa), temperatura ambiente (media del día en °C), temperatura del agua de mar (°C), oleaje (altura en metros, frecuencia en seg), viento (velocidad en m/seg), irradiación (J/m), pluviosidad (mm) y humedad (%).

RESULTADOS:

Se han incluido en el estudio 14 municipios catalanes. El rango del JSI osciló entre 0 (ninguna picadura y otras atenciones sanitarias) y 1 (sólo picaduras como atenciones sanitarias prestadas), pero la media fue de 0,23. En el año 2014, la playa con mayor JSI fue la de Calella (0,55), en el año 2015 la de Vilassar de Mar (0,53) y en el años 2016 la de Sant Pere Pescador (0,69). Las condiciones meteorológicas que se asociaron a los mayores JSI fueron un menor oleaje, tanto en forma de menor altura ($p < 0,001$) como de menor frecuencia de olas ($p = 0,007$), una mayor temperatura, tanto del aire ambiente [$p < 0,001$] como del agua de mar [$p < 0,001$], una mayor humedad relativa ($p = 0,016$), una menor velocidad del viento ($p < 0,001$), una menor pluviosidad ($p = 0,002$), una presión atmosférica mínima menor ($p < 0,001$) y una menor irradiación solar ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Los mayores JSI no guardan relación con una ubicación geográfica determinada, ya que las playas más afectadas han variado de un año para otro. Los días con mayor JSI se correspondan con algunas condiciones meteorológicas determinadas, como mayor temperatura y menor ventosidad.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2450

INTOXICACIONES VOLUNTARIAS EN URGENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO, EDAD Y TIPO DE TÓXICO

R Pedrero Alonso, A Martín Aires, A Fraile Vicente,
I Corbacho Cambero, A Gómez Prieto, N Haro Mellado

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: intoxication-toxic-voluntary

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es conocer la distribución de las intoxicaciones voluntarias que acuden al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca valorando los diferentes tóxicos que las provocan, edad y sexo de los pacientes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal a lo largo del periodo comprendido del 1 de Septiembre del 2010 al 31 de Agosto de 2011 sobre todos los pacientes que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y del Hospital Virgen Vega de Salamanca, Ambos Hospitales conforman el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. La asistencia al Servicio de Urgencias a lo largo de este periodo fue de 114.729 pacientes, de los cuales acudieron por intoxicaciones agudas 692 pacientes, lo que supone un 0.60% de todas las urgencias hospitalarias. El 29,8% de las intoxicaciones analizadas fueron voluntarias.

RESULTADOS:

Las intoxicaciones voluntarias suponen el 29,8% del total analizado. Según el sexo el 52,9% de las intoxicaciones voluntarias se dan en mujeres. En las edades de 0 a 9 años y de 10 a 19 observamos una disminución de las intoxicaciones voluntarias sobre las generales 0,00% y 8,74% respectivamente, sin embargo de 40 a 49 años se observa un aumento de las intoxicaciones voluntarias sobre las totales, 26,70%. En función del tipo de tóxico encontramos un predominio de las intoxicaciones voluntarias por medicamentos 57,79% seguidas de las provocadas por alcohol 22,13% y drogas 15,98%.

CONCLUSIONES:

- Se observa un aumento en mujeres de las intoxicaciones voluntarias respecto a las intoxicaciones totales. - En cuanto a la edad, las intoxicaciones voluntarias predominan en las décadas 3 y 4 de la vida, siendo escasa en las dos primeras décadas.

P-2451

CAUSAS Y SINTOMATOLOGÍA EN LAS INTOXICACIONES AGUDAS

A Martín Aires, R Pedrero Alonso, A Fraile Vicente,
R Rodríguez Borrego, A Gómez Prieto, N Haro Mellado,
S González Sánchez

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: toxicidad-signos y síntomas-incidencia

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia de las Intoxicaciones Agudas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Salamanca. Identificar los principales tipos de tóxicos causantes. Clasificar la sintomatología más frecuente en las intoxicaciones.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal a lo largo del periodo comprendido entre Septiembre de 2010 y Agosto de 2011. Fueron atendidos en este periodo 114.729 pacientes de los cuales 692 presentaron Intoxicaciones Agudas lo que corresponde a menos del 0.60%.

RESULTADOS:

Del total de las intoxicaciones el 38.4% se debieron al alcohol, el 23.97% a medicamentos, un 20.10% a la ingesta de drogas, el 11.73% a inhalación de gases y un 5.03% al contacto con productos químicos. Presentaron sintomatología el 94.63% de los casos de inhalación de gases, el 91.08% en el caso de la ingesta de drogas, el 81.08% de los intoxicados por alcohol, el 66.13% de las intoxicaciones medicamentosas y el 63.8% de los pacientes intoxicados por productos químicos.

CONCLUSIONES:

Las intoxicaciones más frecuentes fueron producidas por alcohol seguidas de las medicamentosas, drogas, gases y productos químicos. Alcohol y drogas fueron los tóxicos más presentes en hombres y medicamentos en mujeres. La sintomatología más frecuente encontrada en las intoxicaciones fue la neurológica seguida de las alteraciones en la conducta y los síntomas digestivos.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2452

ELABORACIÓN GUÍA Y PÓSTER EVACUACIÓN
Y TRASLADO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO

E Irigaray Oses (1), S Marín Arriazu (2)

(1) SAMU-UCI Bomberos Cordobilla-Navarra. (2) Hospital Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: grandes quemados-tratamiento quemaduras-guía quemaduras**OBJETIVOS:**

Obtener Información basada en la evidencia científica y de carácter actual, Detectar necesidades de cuidados inmediatos y su continuidad en el tratamiento de las quemaduras.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El abordaje de este apartado esta basado en el protocolo establecido entre la asistencia médica del servicio contra incendios, de salvamento y protección civil del ayuntamiento de Zaragoza y el servicio de cirugía plástica y quemados del hospital universitario Miguel Servet de Zaragoza (44).

RESULTADOS:

Elaboración de guía y Póster : evacuación y traslado del paciente gran quemado basado en revisión bibliográfica de la evidencia científica y consensuar los pasos a seguir para los profesionales sanitarios de la urgencia extrahospitalaria.

CONCLUSIONES:

La morbimortalidad ha disminuido en los últimos años, aunque todavía sigue siendo elevada, debido a los avances en medidas de resucitación, abordaje en lesiones por inhalación y progreso en técnicas quirúrgicas (6) (22) Aunque no existe ningún estudio que avale el gasto económico que produce un gran quemado, se estima que es muy elevado, debido a la elevada variabilidad en el tratamiento y los diversos criterios clínicos existentes (6) (8) Como plan de mejora, se considera la elaboración de un Protocolo sobre evacuación y traslado en un gran quemado.

P-2453

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN INTOXICACIÓN
POR MONÓXIDO DE CARBONO/HUMO DE INCENDIOS:
INDICADORES DE CALIDAD

V Ferrés Padró, S Membrado Ibáñez

Sistema d'Emergències Mèdiques SEM

PALABRAS CLAVE: atención prehospitalaria-intoxicación por monóxido de carbono-indicadores de calidad**OBJETIVOS:**

Conocer el porcentaje que supone la asistencia originada por monóxido de carbono/humo de incendios sobre el total de las intoxicaciones atendidas por el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Conocer los indicadores de calidad aplicables en atención prehospitalaria. Identificar indicadores calidad con estándares propuestos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo del tipo de intoxicaciones asistidas por SEM de Catalunya durante 2015, especialmente en exposición a monóxido de carbono/humo de incendios. Revisión de informes asistenciales y base de datos en soporte informático registrando los códigos diagnósticos de la valoración sindrómica según clasificación internacional de enfermedades. Selección de indicadores de calidad propuestos y descritos en el documento de consenso por la Sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología: ¿Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas? (Calitox-2006). Se excluyeron aquellos indicadores no aplicables durante la asistencia prehospitalaria o cuyo resultado global del proceso asistencial estuviese limitado. Confidencialidad de datos personales. Análisis estadístico de variables.

RESULTADOS:

De 4475 asistencias relacionadas con exposición a sustancias tóxicas, el 15,30% lo fueron por monóxido de carbono/humo de incendios. Se traslada a centro hospitalario para su control evolutivo el 77,97%. De 24 indicadores propuestos, en atención prehospitalaria 17 son aplicables (2 de estructura, 11 de proceso y 4 de resultado). Se está por debajo de recomendaciones estándar tipo centinela o índice en 5 de ellos.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican la elevada incidencia que este tipo de urgencia genera en el ámbito prehospitalario. Conocer indicadores de calidad es necesario en atención prehospitalaria. Puede mejorarse la calidad asistencial para alcanzar los estándares recomendados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2456

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES
POR MONÓXIDO DE CARBONO EN ESPAÑA

R Guerrero Magadán (1), A Mesa García (2), P Arcos González (3),
V Gutiérrez Abril (1), R Castro Delgado (4)

(1) SESPA. Universidad de Oviedo. (2) Consejería de Sanidad. (3) Universidad de Oviedo. (4) SAMU-Asturias. Universidad de Oviedo

PALABRAS CLAVE: intoxicaciones-epidemiología de desastres-monóxido de carbono

OBJETIVOS:

Estudiar las intoxicaciones por monóxido de carbono en España, estableciendo un perfil epidemiológico. Descripción de casos declarados y diagnosticados en nuestro país, así como conocer los datos de mortalidad en Asturias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional y descriptivo. Se estudian datos del 2002 al 2015 con tres abordajes metodológicos: la publicación de eventos en prensa, descripción de casos declarados y diagnosticados por la Red centinela hospitalaria de toxicovigilancia y la mortalidad registrada en el Principado de Asturias.

RESULTADOS:

Intoxicaciones por CO con un total de 478 víctimas de las cuales un tercio son fallecidos y el 30% de las víctimas mortales son ancianos. Predominan las publicaciones en Comunidades Autónomas como Castilla y León y Asturias, siendo habituales en los meses de invierno. En el estudio de la Red Centinela los casos de intoxicación por CO declarados para el periodo 2010-2014 fueron 1758, suponen un 40% dentro de las intoxicaciones totales por productos químicos. Su mortalidad proporcional es del 21% y la letalidad es del 0,56%, siendo causadas en el 65% de los casos registrados por incendio. En Asturias, se han producido en el periodo 2002-2013 51 muertes de las cuales 75% fueron en varones, el 37% de las muertes fueron autoinfringidas y de ellas el 90% recayeron en varones.

CONCLUSIONES:

Difícil acceso a la información. Únicas Fuentes Registro de Mortalidad y Red Hospitales. Infrapublicación de episodios con predominio de los que acontece alta mortalidad (34% muertes) y en periodos de invierno. El 39% de las intoxicaciones químicas declaradas son por CO siendo la fuente más frecuente el incendio. La letalidad de la intoxicación 0,56% y mortalidad proporcional del CO frente a intoxicaciones químicas es del 21%. Mortalidad en Asturias supone algo más de cuatro casos al año, alta proporción debida a origen suicida y gran predominio en varones.

P-2458

INTOXICACIÓN AGUDA POR HIERRO.
ACTITUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

MD Macías Robles, M de la Roz Sánchez, I García Suárez,
B Mateos Iglesias, M Fernández Díaz, M Fernández Pajares

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: intoxicación-hierro-urgencias

OBJETIVOS:

Debido a la gravedad de la IAH resulta importante conocer/recordar cual debe ser la secuencia diagnóstica y el tratamiento que se debe instaurar en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) para de evitar sus efectos tóxicos y mejorar el pronóstico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

A través de un caso demostrativo de una paciente con IAH con fines autolíticos, se desarrolla la pauta diagnóstica y tratamiento seguida en el SUH que contribuyó a su recuperación.

RESULTADOS:

Mujer de 48 años y 45 kg de peso que acudió al SUH por ingesta voluntaria con fines autolíticos de sulfato ferroso, dosis calculada de hierro elemento: 3150 mg equivalentes a 70 mg/kg. Refería dolor intenso en epigastrio y vómitos escasos. En la exploración física destacaba: TA: 80/40 mmHg, tendencia al sueño sin focalidad neurológica, auscultación cardiopulmonar normal. Dolor a la palpación en epigastrio sin peritonismo. En la analítica destacó: pH 7,18, bicarbonato 14. Glucosa, urea, creatinina, iones y coagulación normal. Sideremia (4-6 horas posingesta): 309 mcg/dl. En la radiografía de abdomen se objetivaron numerosos comprimidos radiopacos a nivel gástrico y escaso pospilórico. Se realizó lavado gástrico bicarbonatado sin carbón activado (no adsorbe el hierro), expansión de volumen con cristaloides, precisando dopamina: 5 mcg/kg/minuto las primeras horas. A pesar de los niveles de sideremia < de 350 mcg/dl, dado la presencia de criterios clínicos de gravedad como tendencia a hipotensión, acidosis metabólica y bajo nivel de conciencia se administró deferoxamina produciendo orinas asalmónicas, la deferoxamina se suspendió después de 24 horas por la mejoría clínica y la orina normalizada.

CONCLUSIONES:

En la sospecha de IAH en el SUH debe ser prioritario realizar una radiografía de abdomen (los comprimidos de hierro son radiopacos) y una sideremia, ya que cuanto más precoz se instaure el tratamiento mejor será el pronóstico. Además de los niveles de sideremia se deben tener en cuenta criterios clínicos para la administración de su antídoto, la deferoxamina.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2459

ANÁLISIS DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS POR TÓXICOS, DESDE LA VISIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

L Castro Reyes (1), M Clemente Murcia (1), J Vila Santos (1), L Castro Arias (1), D Suárez Pita (2), N Sánchez Prida (1)

(1) Urgencias. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. (2) Urgencias Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: tóxicos-intentos autolíticos-epidemiología

OBJETIVOS:

Estimar el porcentaje de intentos autolíticos por sobreingesta medicamentosa y tóxicos que acudieron a urgencias del Hospital 12 Octubre durante el año 2015, valorar si existe una tendencia similar a estudios contemporáneos y qué ha cambiado con respecto a estudios previos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal. Se estudiaron las consultas por intentos autolíticos en 2015 en urgencias del Hospital 12 Octubre. Se incluyeron mujeres y hombres mayores de 15 años. Se revisaron 279 historias clínicas. Los resultados se analizaron a través de SPSS versión 20.1. Para comparación de proporciones se utilizó estadístico Z, con EPIDAT 3.1. Se consideró $p < 0,05$ y el intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS:

La edad media correspondió a 40,21 años, el intervalo de edad más frecuente fue entre 35- 65 años con un 62,4%. El 68% eran mujeres. El mes con más consultas fue Mayo, un 13%. Los antecedentes personales más frecuentes fueron: Síndrome depresivo 53,6%, etilismo crónico 21,1%. El 45,3% tenían antecedentes de intentos autolíticos. El 46% fueron por problemática familiar y/o pareja. El 65,7% se debieron a consumo de ansiolíticos, el 67,7% de las mujeres y el 65,5% de los hombres, sin existir significación estadística ($p = 0,987$). El 39,7% de los hombres y el 15,4 % de las mujeres consumieron etanol, siendo esta significativa ($p = 0,0006$). En relación con el consumo de otros psicofármacos el 34,5% de los hombre y el 18,7% de las mujeres los usaron como tóxicos, con significación estadística ($p = 0,0323$). El 55,8% de los pacientes estaban en seguimiento por salud mental. El 97,2% fueron valorados por psiquiatría.

CONCLUSIONES:

Los intentos de suicidio son más frecuentes en el sexo femenino, contrasta con los suicidios consumados predominan en el sexo masculino. El método más frecuente fue la intoxicación con ansiolíticos. El síndrome depresivo es el antecedente más frecuente. Entre las mujeres fue más frecuente tener antecedente de síndrome depresivo, entre los hombre el etilismo crónico. Los intentos autolíticos previos, han resultado ser más frecuentes en mujeres que en hombres.

P-2460

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS DE ABUSO: ¿LA DETERMINACIÓN IMPORTA?

JL Martín Calderón, JA Álvarez Gregori, F Bustos Guadaño, E González Cuevas, L Durán Ducon

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

PALABRAS CLAVE: drogas-urgencias-epidemiología

OBJETIVOS:

Realizar un perfil epidemiológico y de manejo del paciente que acude por clínica compatible con IA por drogas de abuso basado en la determinación de tóxicos en orina para seis sustancias (cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas y éxtasis) solicitados en el periodo de estudio 2010-2013.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

El SUH del Hospital Nuestra Señora del Prado da servicio a una población de 192605 habitante. Durante los años 2010-2012 se atendieron un total de 149707 pacientes, de los cuales se solicitó análisis toxicológico de orina a 2755. Se planteó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo sobre los pacientes a los que se solicitó cribado urgente de drogas de abuso en orina. La selección de casos se llevó a cabo a través de las orinas con resultado positivo en alguna de las drogas ensayadas. Las drogas que se determinaron en el laboratorio de urgencias fueron: cannabinoides (11- Δ^9 -COOH-tetrahidrocannabinol), opiáceos (6-monoacetilmorfina), cocaína (benzoilecgonina), benzodiazepinas (lormetazepam), anfetaminas (D-metanfetamina) y éxtasis (metiléndioximetanfetamina).

RESULTADOS:

De las 2755 muestras fueron positivas 1429, estudiando al azar 661 historias clínicas. El perfil de paciente intoxicado de nuestra área es el de varón de entre 30 y 40 años, consumidor preferentemente de cannabis y cocaína (BZD en las mujeres), con clínica mayoritariamente neurológica, sin diferencias en cuanto a la franja horaria o el mes de año, y que, en casi el 60% de los casos, pudo ser dado de alta desde el propio SUH.

CONCLUSIONES:

Las IA en los SUH apenas representan el 1% de las consultas y tienen una escasa mortalidad. En la mayoría de los casos el médico de urgencias comienza el tratamiento antes de conocer el resultado toxicológico lo que nos hace plantearnos varias preguntas: ¿es útil la determinación a todo paciente con alteración del nivel de conciencia?, ¿es coste eficiente?, ¿conocer el resultado condiciona de alguna manera el manejo inicial del facultativo?



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2471

SÍNDROME DRESS POR CARBAMAZEPINA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

C de Vera Guillén (1), A Martín Pérez (2), R Peinado Clemens (1),
MA Ruiz Sanz (3)

(1) Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid. (2) Hospital Ciudad de
Coria. Cáceres. (3) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

PALABRAS CLAVE: carbamazepina-epilepsia-síndrome dress

OBJETIVOS:

Revisión síndrome Dress.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un paciente de 33 años, con antecedentes de epilepsia diagnosticada hace 2 años, en tratamiento actualmente con carbamazepina desde hace 2 semanas, que acude a urgencias derivado desde atención primaria por fiebre elevada y lesiones cutáneas de 6 días de evolución que no han remitido con tratamiento con paracetamol y metamizol. En la anamnesis el paciente refiere fiebre elevada de predominio vespertino, malestar general, lesiones dérmicas generalizadas y dolores articulares sobre todo a nivel de muñecas y tobillos con tumefacción de estos últimos. A la exploración destaca adenopatía submandibular izquierda, dura, dolorosa a la palpación. Rash cutáneo de predominio en cara interna de ambos miembros superiores y en la espalda. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. En miembros inferiores presenta lesiones eritematosas, induradas, no pruriginosas, que no blanquean a la digitopresión, de localización en tercio distal, con aumento de temperatura y signos flogóticos. (Ver fotos). En analítica destaca plaquetopenia (43.000) y fibrinógeno elevado (605), resto de parámetros normales. Se considera la posibilidad de reacción adversa a carbamazepina, administrándose corticoides y antihistamínicos intravenosos. Acordamos con el paciente alta a domicilio con tratamiento corticoideo oral en pauta descendente y cambio de carbamazepina por levetiracetam.

RESULTADOS:

A la semana, el paciente acude a nuestro servicio asintomático. A la exploración sólo persiste exantema residual en cara interna de ambos brazos. Resto sin hallazgos patológicos. Es derivado a consultas externas para seguimiento.

CONCLUSIONES:

La suspensión inmediata del fármaco junto con la administración de esteroides por vía sistémica son los pilares del tratamiento.

P-2476

INTOXICACIÓN POR CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO
EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

M Galicia Paredes, R Perello, O Más, I Da Fonte, E Salgado, S Nogue
Hospital Clínic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: HIV-chem-sex-drogas de abuso

OBJETIVOS:

Determinar si las Chem-sex son la principal causa de intoxicación por drogas de abuso en pacientes infectados por el VIH.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio prospectivo de 2 años de duración.(2014-2015). Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años e infectados por el VIH, que acudieron a urgencias con una intoxicación derivada del consumo de drogas de abuso. Se definió la intoxicación como la reacción adversa y aguda tras el consumo de una droga y que motivó la atención del paciente en urgencias. Droga se definió como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso del paciente, pudiendo crear tolerancia y dependencia. La ketamina y los nitritos (?popper?) se consideraron Chem-sex. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas.

RESULTADOS:

Se incluyeron 41 pacientes. La edad media fue de $35 \pm 7,35$ años y 35 (85%) eran varones. Treinta y cinco (85%) de los pacientes realizaba tratamiento con antiretrovirales, 9 (6%) presentaban coinfección por VHC y 11 (27%) co-morbilidad con patología psiquiátrica. Las principales sustancias de abuso fueron la cocaína (26 casos) y el GHB (17 casos). La ketamina y el popper se dieron en tres y cuatro pacientes respectivamente. En dos pacientes el consumo fue con ideación suicida y en el resto con finalidad lúdica. Cinco pacientes requirieron atención en el box de críticos por requerimiento de ventilación mecánica y un paciente requirió ingreso hospitalario. La mortalidad de la serie fue de 2 (5%) pacientes.

CONCLUSIONES:

En los pacientes infectados por el VIH, la principal causa de intoxicación fue por consumo de cocaína (63%) mientras que el de Chem-sex supuso el 15%.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2477

PICADURAS DE MEDUSAS Y OTROS ANIMALES ACUÁTICOS VENENOSOS: SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LOS SOCORRISTAS DE PLAYA EN CATALUÑA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

S Nogué Xarau (1), V Velasco (1), P Giavedoni (1), L López (2), M Marambio (2), S Segura (3)

(1) Hospital Clínic. Barcelona. (2) Instituto de Ciencias del Mar. Barcelona. (3) Pro-activa Serveis Aquàtics. Badalona

PALABRAS CLAVE: picadura de medusa-picadura de araña de mar-picadura de erizo de mar**OBJETIVOS:**

Evaluar el impacto que tienen las picaduras de medusas y otros animales sobre el conjunto de solicitudes de asistencia a los socorristas de playa.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante 3 años (2014-2016), se han recogido los motivos por los que los socorristas de playa han prestado atenciones sanitarias durante los meses de verano. Se ha calculado para cada municipio el Jellyfish Sting Index (JSI) o cociente entre el número de picaduras de medusas observadas y el resto de atenciones sanitarias. Los avistamientos de medusas en la costa catalana se han obtenido a través de una base de datos acoplada al aplicativo MedJelly diseñado por el Instituto de Ciencias del Mar.

RESULTADOS:

Se han incluido en el estudio 14 municipios. Diez de ellos pertenecen a la provincia de Barcelona y cuatro a la de Girona, abarcando un total de 49 playas. Durante los tres años se realizaron un total de 34.331 actividades sanitarias y que incluían las atenciones por heridas (34,3%), contusiones (3,4%), quemaduras (0,9%), lipotimias e insolaciones (0,7%) o rescates en el mar (2,4%), entre otros servicios. Las atenciones por picaduras de animales fueron 18.217 (el 53% de todas las atenciones). De estas picaduras, 13.601 correspondieron a medusas (75%), 1.761 a arañas de mar (9,7%), 1.477 a erizos de mar (8,1%) y 1.378 a otros animales no bien identificados (7,6%). Las medusas que se han avistado con mayor frecuencia han sido *Rhizostoma pulmo* (64%), *Cotylorhiza tuberculata* (15%) y *Pelagia noctiluca* (14%). Se ha calculado para cada municipio el JSI y las playas en las que se observó el mayor índice (0,55) de picaduras de medusa fue en los municipios de Calella y Vilassar de Mar (Barcelona), mientras que el municipio con el menor índice (0,13) fue el de Palamós.

CONCLUSIONES:

La atención por picaduras de medusas es la actividad sanitaria más frecuente que llevan a cabo los socorristas a pie de playa en Cataluña. Se han observado notables diferencias en la prevalencia de estos incidentes entre unos municipios y otros.

P-2493

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO DURANTE EL AÑO 2016

A Bajo Bajo (1), JJ Salvador Sánchez (1), V Muñoz Martín (1), ME Santos Pérez (1), JC Moyano Maza (2), A Arévalo Velasco (1)

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2) Servicio de Laboratorio

PALABRAS CLAVE: intoxicaciones-monóxido de carbono-calidad**OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo es describir las características de las intoxicaciones por CO atendidas en el SUH durante el año 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se estudiaron las intoxicaciones agudas por CO atendidas por el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca durante el año 2016. Describir su epidemiología, Tiempo de estancia en urgencias, tiempo de tratamiento con O₂, niveles de COHb registrados, etc.

RESULTADOS:

Durante el año 2016 se atendieron 101 pacientes que acudieron a urgencias por posible intoxicación por CO o fueron diagnosticados de Intoxicación por CO. La edad fue (media-DT) de 51,04 - 25,9, siendo el 53 % en mujeres y el 47% en varones. Se determinaron niveles de COHb en todos los casos con una media de 11,60 (DT de 7,3) La principal causa fue el brasero de cisco con el 37,8% de los casos seguido de problemas con sistemas de gas con el 19,% de los casos y procedentes de incendios con el 17% de los casos. Los niveles de COHb mas elevados fueron en los casos de sistemas de gas. La sintomatología más frecuente fue la neurológica.

CONCLUSIONES:

Las intoxicaciones agudas por CO son muy frecuentes en nuestro medio (Castilla y León) en época invernal. El perfil es una persona de 50 a 60 años sin preferencia por mujer u hombre que vive en el ambiente rural En los varones fueron mas frecuentes por brasero de cisco y en las mujeres los problemas con sistemas de gas. Existen diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres tanto en la sintomatología como en la causa de la intoxicación.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2498

FÁRMACOS IMPLICADOS EN LA INTOXICACIONES
MEDICAMENTOSAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

A Gómez Prieto (1), MJ González Pimienta (2),
R Rodríguez Borrego (1), I Corbacho Cambero (1), A Martín Aires (1),
A Gómez Prieto (1), J Naranjo Armenteros (1)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2) C. S. Santic Spiritus.
Salamanca

PALABRAS CLAVE: drugs intoxication-descriptive study-emergency service

OBJETIVOS:

Conocer los grupos farmacológicos mas implicados en las intoxicaciones para después poder protocolizar la actuación en este tipo de intoxicaciones, ya que los Servicios de Emergencias y Urgencias Hospitalarias son el primer eslabón diagnóstico y terapéutico en este tipo de casos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y transversal a lo largo del periodo comprendido del 1 de septiembre del 2015 al 31 de agosto de 2016. El estudio se ha realizado sobre todos los pacientes que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y del Hospital Virgen Vega de Salamanca. Ambos hospitales conforman el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAU-SA).

RESULTADOS:

Se dividió los fármacos en 4 grupos farmacológicos : Psicofármacos, AINES y Analgésicos, Cardiovasculares y Otros. Se observa un predominio de los fármacos Psicofármacos con un 81.36%, seguido de Cardiovasculares y AINES con un 6.78% y 5.08% respectivamente. Dentro de los Psicofármacos son las Benzodiacepinas las que con un 65.73% son los fármacos mas implicados en este tipo de intoxicaciones. Seguidos de los antidepresivos y antiepilépticos con un 17.84% y un 6.10% respectivamente. Dentro de AINES y analgésicos: el más implicado es el paracetamol con un 40% y AINES con otro 40%. los cardiovasculares mas frecuentes son los antiagregantes, anticoagulantes, antianginosos y antiarrítmicos.

CONCLUSIONES:

Los psicofármacos y dentro de estos las benzodiacepinas y los antidepresivos son los fármacos mas implicados comúnmente en las intoxicaciones medicamentosas, resultado influido sobre todo por el carácter de intencionalidad de dichas intoxicaciones.

P-2507

DIFERENCIAS EN LA INTOXICACIÓN ENÓLICA AGUDA:
2010 VS. 2015-2016

F Del Baño López, M Martínez Izquierdo, O Pallas Villaronga,
A Aguirre Tejedo, I Cirera Lorenzo, A Supervia Caparrós

Hospital Universitari del Mar. Barcelona

PALABRAS CLAVE: intoxicación-enol-drogas

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en las características de la intoxicación enólica atendida en un Hospital Universitario en dos periodos de tiempo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los casos atendidos en el servicio de UCIAS de un hospital Universitario en dos periodos (año 2010 vs. 2015-2016). Se recogió edad, sexo, día de la semana de la intoxicación, procedencia del paciente, antecedentes psiquiátricos y si se acompañaba del consumo de otras drogas de abuso.

RESULTADOS:

Se recogieron 1149 asistencias (391 en 2010 y 758 en 2015-2016). La edad media fue de 36,05 (14,35) años vs. 34,09 (14,06) respectivamente. Tampoco se produjeron cambios en el sexo del intoxicado, con predominio de varones en ambos periodos (67.5% en 2010 v/s 62.9% 2015-16). Con respecto al año 2010, en 2015-16 se produjeron menos intoxicaciones en lunes (26.1% vs. 10.4%, $p < 0.001$) y un aumento en domingos y festivos (15,6vs 26,1, $p < 0.001$). No se ven diferencias significativas en cuanto a las nacionalidades de procedencia de los intoxicados. Se aprecia también una disminución de pacientes con antecedentes psiquiátricos respecto al 2010 (35,3 v/s 20,4, $p < 0.001$), así como una disminución en el porcentaje de intoxicaciones enólicas que asociaban consumo por otras drogas de abuso (30,4% vs. 17,4%, $p < 0.001$). En concreto, existe una disminución en la asociación de benzodiacepinas en 2015-167 con respecto a 2010 (1,3 vs. 10,2, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES:

Se aprecia una disminución en el consumo drogas asociadas a la intoxicación etílica y en especial de benzodiacepinas. Menor relación con antecedentes psiquiátricos previos y un aumento de intoxicados en domingos y días festivos.



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2510

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES DERIVADAS POR EL 112 A UN SERVICIO DE URGENCIAS DE 3.ER NIVEL

A Gómez Prieto (1), MJ González Pimienta (2), R Rodríguez Borrego (1), IJ Cuadrado Blanco (1), R Garrido Marcos (1), I Corbacho Cambero (1), A Martín Aires (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Salamanca. (2) Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca

PALABRAS CLAVE: drugs-emergency-intoxicacion

OBJETIVOS:

Conocer y analizar la forma de acudir los paciente intoxicados al servicio de urgencias, para hacer una aproximación al gasto de recursos materiales y humanos que esto supone, observándolo en función del tipo de tóxico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y transversal a lo largo del periodo comprendido del 1 de Septiembre del 2015 al 31 de Agosto de 2016. El estudio se ha realizado sobre todos los pacientes que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y del Hospital Virgen Vega de Salamanca. Ambos Hospitales conforman el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

RESULTADOS:

Los pacientes intoxicados acuden a urgencias por: derivados por su médico de atención primaria, derivados por el Servicio del 112, derivados desde otro centro o por sus propios medios. Se observa que el 50,72% de los pacientes son derivados desde el Servicio del 112, seguido de un 31,09% que acudieron por medios propios. Un 8,60% desde atención primaria., un 7,45% desconocido. De los paciente derivados por el Servicio del 112 un 53% fueron intoxicaciones de tipo medicamentoso, el 20,51 % fueron intoxicaciones por productos químicos, el 58 % fueron intoxicaciones por drogas, y el 21% por alcohol.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes que acuden a nuestro Servicio de Urgencias por posible intoxicación lo hacen a través de transporte sanitario del 112 de Castilla y León (60,55%), ya sea en Ambulancia No Medicalizada o en una UME. De ellos acuden solo a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria o a su Médico de Cabecera el 8,67%. Por tanto hay un porcentaje muy elevado de traslado al Hospital mediante los servicios del 112. Esto nos confirma el importante gasto tanto económico como en recursos humanos que suponen las intoxicaciones para el gasto sanitario.

P-2532

CUANDO LA PROFILAXIS FALLA APARECE LA TETANIA

M Díaz Muñoz, A Cabello Romero, J Lagares Alonso

Hospital La Merced. Osuna, Sevilla

PALABRAS CLAVE: tetania-profilaxis-servicios médicos de urgencia

OBJETIVOS:

- Concienciar sobre el deficiente manejo de la profilaxis antitetánica en los diferentes servicios de urgencias tanto hospitalarias como de atención primaria. - Conocer la necesidad de aplicar la inmunoglobulina tetánica humana ante determinados casos. - Conocer los diferentes tipos de heridas tetanígenas. - Conocer las diferentes pautas de vacunación según la premisa: DOSIS PUESTA, DOSIS QUE CUENTA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Consultó en Urgencias por fractura abierta diafisaria de radio y cúbito derechos, tras caída desde una escalera. Se procedió a reducción y osteosíntesis más administración de vacuna antitetánica. A las 48h del alta hospitalaria, comenzó con dolor en antebrazo derecho y aparición de flictenas, desarrollando posteriormente impotencia funcional de miembro además de rigidez de cuello, disfagia, dificultad de la apertura bucal y para emitir palabra. El paciente fue ingresado en UCI durante 72 días con cuadro paucisintomático de tétanos. Se produce progresión clínica con espasmos musculares generalizados, rigidez generalizada, espasticidad y disnea, precisando soporte ventilatorio con IOT.

RESULTADOS:

Nuestro paciente no presentaba inmunización previa y se realizó una profilaxis inadecuada para el tipo de herida. El tiempo medio de respuesta frente al toxoide es de 7 días, alcanzándose el nivel máximo a los 14 días, motivo por el que en heridas tetanígenas es imprescindible administración de gammaglobulina antitetánica junto a vacuna.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-2539

LA RESPUESTA DE LOS ESPECIALISTAS EN RIESGOS NRBQ,
PARA LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIAAA Zubillaga Carmona, LL Zubillaga Carmona, JJ Giménez Mediavilla,
C Navarro López-Fando, S González Rodríguez

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergencias médicas-sustancias peligrosas-riesgo sanitario

OBJETIVOS:

Analizar la tipología de incidentes que realiza el técnico voluntario especialista en procedimientos especiales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las activaciones realizadas al equipo de especialistas en riesgos NRBQ en un servicio de emergencias médicas (SEM) prehospitalario, de la Ciudad de Madrid, entre 2012-2016. Variables analizadas: nº de especialistas activados en 2ª respuesta, descripción de tareas realizadas, número de personas atendidas o descontaminadas en cada incidente. Los datos han sido recogido de la base de datos del departamento de Riesgos Especiales.

RESULTADOS:

En estos últimos cinco años, solo se ha tenido que activar técnicos voluntarios en cinco incidentes: en la primera, se activaron 6 especialistas, para la descontaminación de personas en contacto con la materia sospechosa, las intervenciones tuvieron una media de duración de 50 minutos, donde se procedió a la descontaminación de las personas afectadas mediante una línea de descontaminación, usándose el lavado con agua por arrastre para descontaminarlos, y la limpieza de sus bienes con lejía al 10%. En todas las intervenciones la sustancia a descontaminar fue declarada inocua.

CONCLUSIONES:

Tener un equipo de especialistas voluntarios que respalde una actuación sanitaria resulta importante cuando dicha actuación adquiere características específicas, de esta forma se puede intervenir en la actuación, sin que el operativo ordinario se vea alterado por un incidente de estas características.

A-2455

PROTOCOLO DE LAVADO GÁSTRICO EN URGENCIAS DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑAMA López Cruz, N Lozano Carro, M Pérez Ramos, M Vilares Calvete,
C Barcia De Vicente, B Pedrouzo Roca

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

A-2472

FALLO MULTIORGÁNICO A CONSECUENCIA DE LA PREVENCIÓN

B Espinosa Fernández, T García López, M Provencio Valverde

Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-2550

APORTACIÓN DE UNA FOTOGRAFÍA EN LA TRANSFERENCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES POLITRAUMÁTICOS PRIORIDAD 2 (PPT2)

A Martín Cantarero (1), I Bové Farré (1), FX Jiménez Fábregas (2), RM Carmona Fortes (1), B Gil García (1), S Costa (1)

(1) Hospital Sant Joan de Déu. Martorell, Barcelona. (2) Sistema d'Emergències Mèdiques

PALABRAS CLAVE: PPT-accidentes de tráfico-seguridad

OBJETIVOS:

El objetivo fue conocer si aportando en el transfer hospitalario una fotografía informada del vehículo donde viajaba la víctima se conseguía mejorar la asistencia hospitalaria y evitar lesiones inadvertidas (LI).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego (febrero 2016-febrero 2017) en los códigos PPT prioridad 2. Se procedía a la apertura de un sobre por parte del personal asistencial extrahospitalario donde se indicaba la toma o no de una fotografía del vehículo accidentado, mostrándola posteriormente al hospital. Se recogieron constantes vitales, número de pruebas diagnósticas y tiempo de permanencia en urgencias, tanto en el grupo fotografía (GF), como en el grupo control (GC). Revisión del caso a los 90 días.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 63 pacientes, de ellos 37 (59%) fueron hombres y 26 (41%) mujeres. Edad media 41 años. El motivo principal de la activación del código PPT fue ?Estimación impacto > 60 km/h (49,2%). El mecanismo lesional prevalente fue el choque frontal (33%) y el vuelco (30,1%), objetivando en 14 casos (22,2%) deformación estructural del vehículo. Se describieron 4 lesiones inadvertidas (6,3% del total), todas ellas en el GC. En el GF la media de número de constantes vitales recogidas fue 8, y en el GC 6, el número de radiografías fue de 3 en ambos grupos y el tiempo en observación en urgencias fue de 196 minutos en GC y 187 minutos en GF. No se encontraron diferencias significativas ($p = 0,9$). El triaje aumentó la prioridad en el GF.

CONCLUSIONES:

La aportación de una fotografía informada reduce las LI, no aumenta el esfuerzo diagnóstico, aumenta la vigilancia en urgencias, reportando una mejora de la continuidad asistencial y la seguridad clínica del paciente.

O-2687

RELACIÓN ENTRE ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA EN EL TRAUMA TORÁCICO Y ABDOMINAL GRAVE

AA de Blas de Blas, A Martínez Vázquez, A Prieto Sánchez, MC Barneto Valero, NV González Puebla, F Aguilar Fernández, M Arévalo de Pablos

SAMUR-Protección civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: trauma torácico/abdominal-estabilidad hemodinámica-escalas pronósticas

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre estabilidad hemodinámica, estimada por cifras de Tensión Arterial Sistólica inicial (TAS-I), final (TAS-F) y volumen infundido, con el pronóstico esperado según el RTS y la supervivencia real alcanzada.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Población de estudio: pacientes atendidos por unidades de Soporte Vital Avanzado con traumatismo torácico y/o abdominal grave, por un Servicio de Emergencias Médico, SAMUR-PC, de la Ciudad de Madrid, años 2014-2016. Variable resultado: Supervivencia a 6 y 24 horas y 7 días y RTS. Variable de estudio: variables de estado hemodinámico (TAS-I y TAS-F) y fluidos administrados. Se analizaron otras variables independientes: demográficas, clínico-terapéuticas. Recogida de datos de la historia clínica. Análisis multivariable mediante regresión logística y ANOVA.

RESULTADOS:

Muestra de 141 pacientes, edad media 38,87 (DE 15,4), 87,2% varones. Mediana volumen infundido 400 cc (RIC 775-220). El 31,9% tiene TAS-I < 80 mmHg y el 2,9% TAS-F < 80 mmHg. 137 pacientes (97,2%) sobreviven a los 7 días (139 a 6 horas y 138 a 24 h). El RTS fue ?11 en 138 pacientes (97,9%). En el análisis multivariable: la supervivencia a las 6h se relaciona con el RTS ($p = 0,02$ F 9,78), la TAS-I ($p = 0,01$ F 10,89), la TAS-F ($p = 0,01$ F 12,53) y el total de fluidos perfundidos ($p = 0,039$ F 4,34), y administrar más de 900 cc (punto corte óptimo) ($p = 0,001$ OR 3,41). A las 24 h ya no hay correlación significativa entre RTS y supervivencia, aunque sí con TAS-I ($p = 0,01$ F 10,82), TAS-F ($p = 0,03$ F 9,17) y fluidos infundidos ($p = 0,07$ F 3,3) y administrar más de 900 cc ($p = 0,000$, OR = 3,89).

CONCLUSIONES:

A pesar de la gran magnitud del mecanismo lesional que implican los traumatismos torácicos y/o abdominales y el riesgo de shock hemorrágico, tanto los datos de supervivencia como de estabilidad hemodinámica son óptimos, siendo necesaria una reposición volumétrica adecuada e individualizada al mecanismo lesional y estado clínico del paciente.





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-2694

DOLOR TORÁCICO Y SHOCK: NO TODO ES PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR AGUDA**I Atienza Garrido, P Sánchez Llópez, M García Zurita, E Pascual Pastor, MJ Serrano Gil, E Tóvar Jorge, M Pérez Sánchez***Hospital de Manises. Valencia***PALABRAS CLAVE:** chest pain-shock-traumatic injuries**OBJETIVOS:**

Revisión del traumatismo torácico como posible causa de shock con sus potenciales complicaciones precoces y tardías.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer, 69 años, consulta por dolor torácico, hipotensión arterial, vómitos e hiperglucemia. DM tipo 2. Estenosis aórtica degenerativa ligera. Al ser interrogada refería antecedente traumático torácico 3 semanas antes, valorada en urgencias entonces con diagnóstico de fracturas costales de arcos anteriores 3º a 7º izquierdos, recibiendo alta con buen control del dolor. Asintomática hasta cinco horas antes de su llegada cuando, tras esfuerzo para el vómito, inicia intenso dolor en hemitorax izquierdo con sudoración profusa sin disnea. Presenta mal aspecto general, sudoración, palidez y taquipnea, mala perfusión distal con livideces. TA:80/50, FC:120, SAT O2:95-96% (aire ambiente). Tonos cardíacos rítmicos, soplo sistólico, hipoventilación en hemitórax izquierdo, matidez a la percusión. Ingurgitación yugular a 45°. Abdomen blando y depresible no doloroso. Pulsos femorales palpables débiles simétricos. Se realiza TC torácico que confirma hemotórax izquierdo masivo con sangrado activo.

RESULTADOS:

Las potenciales complicaciones del traumatismo torácico siguen siendo: neumotórax simple, hemotórax, contusión pulmonar, lesión del árbol traqueobronquial, lesión cardíaca cerrada, ruptura aórtica, lesión diafragmática y lesión esofágica. Precaución con ancianos y niños. Valorar signos de lesión asociada como enfisema subcutáneo, asfixia traumática y fracturas. Descompresión torácica si es necesaria, sin demora, mediante tubo de drenaje. La radiología intervencionista para embolización ha ganado protagonismo en detrimento de la cirugía abierta.

CONCLUSIONES:

El paciente con shock y dolor torácico debe ser interrogado acerca de traumatismo reciente o antiguo. Una alta sospecha de las posibles complicaciones es imprescindible para su diagnóstico, difícil en muchas ocasiones. La rápida identificación y tratamiento de dichas complicaciones evita la potencial letalidad de las mismas.

O-2739

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARÍNICOS**A Santos Calonge, R Dusseck Brutus, M Huesa Andrade, A Díez Naz, M Genebat González, I Pérez Torres***Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla***PALABRAS CLAVE:** TCE-leve-anticoagulado**OBJETIVOS:**

Analizar las características de los TCE leves en pacientes anticoagulados, para establecer una relación en cuanto a las mismas y la aparición de lesiones intracraneales.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se han incluido a todos los pacientes anticoagulados con dicumarínicos que han sufrido un TCE leve y han sido ingresados en el área de observación de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 3 años. Las variables cualitativas se representan mediante número de casos y porcentajes, y las variables cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico.

RESULTADOS:

Se han incluido 164 pacientes. De ellos, el 53% son mujeres. La mediana de edad es de 81 [73,85]. El motivo de anticoagulación más frecuente es la fibrilación auricular (78%), seguida de TVP (7,9%). La mediana del valor de INR a la llegada a urgencias de los pacientes que presentaron lesiones en el TAC, es de 2,42 [1,95,3,52]. Destacar que un 33,9% de los pacientes se presentaron con INR supratrapéutico, y un 30,8% en rango intratrapéutico. La lesión más frecuente (75,6%) fue el hematoma subdural (HSD). En el 36,1% apareció una hemorragia subaracnoidea (HSA), y en el 14,4% un hematoma intraparenquimatoso. En el 19,6% apareció HSD y HSA de forma conjunta. Con respecto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, un 75,3% de los pacientes con lesiones intracraneales eran hipertensos, un 36% diabéticos, y un 30,1% combinaban ambas patologías.

CONCLUSIONES:

En la muestra de pacientes analizados, podemos concluir que la lesión que aparece con mayor frecuencia es el HSD, seguido de la HSA. El 33,9% presentaban INR por encima del rango terapéutico, y el motivo más frecuente de anticoagulación es la FA. Además, la mayor parte de los pacientes son hipertensos y no existen diferencias en la incidencia de TCE leve en cuanto al sexo.



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-2785

ACTUACIÓN URGENTE EN UNA INVERSIÓN UTERINA
INTRAPARTO

R Artiguez Terrazas (1), RM Cárdaa García (2), J Martínez Piedra (3),
I Cárdaa García (4)

(1) UME Miranda de Ebro. Burgos. (2) UME Segovia. (3) SBV Segovia II.
(4) Complejo Hospitalario de Segovia

PALABRAS CLAVE: inversión uterina-hemorragia posparto-tratamiento de urgencia

OBJETIVOS:

Exponer y describir las medidas más eficaces de manejo de la inversión uterina en la tercera fase de parto.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica narrativa, en bases de datos primarias y secundarias, con lenguaje estructurado combinado por operadores booleanos, criterios de selección de evidencia NICE (rango de 1++ a 2-) y limitaciones de idioma (español e inglés) y fechas (de 2000 a 2016).

RESULTADOS:

Existen dos técnicas no quirúrgicas de reposición uterina en caso de necesidad de manejo urgente de la inversión del útero y ambas cuentan con buenos resultados de acuerdo a la literatura científica consultada: 1. Maniobra de Johnson: se introduce una mano en la vagina colocando la punta de los dedos por encima del anillo de constricción. Posteriormente se empuja el útero en dirección al fondo. Es la primera medida de reposición. 2. Maniobra de O'Sullivan: situando a la mujer en trendelenburg se intenta introducir suero fisiológico en cavidad uterina para obligar al útero a adquirir su posición inicial. Sólo es efectiva en inversiones parciales. El uso de uterolíticos como betaadrenérgicos (ritodrina y sulfato de terbutalina), sulfato de magnesio y nitroglicerina es controvertido, ya que empeora los efectos cardiovasculares del shock y aumenta el riesgo de atonía tras la reposición del útero.

CONCLUSIONES:

La inversión uterina es una emergencia obstétrica que compromete la vida, por lo que el diagnóstico precoz es de importancia extrema, así como su manejo no quirúrgico, ya que aumentan considerablemente la supervivencia materna.

P-2541

ACTUACIÓN EN EL TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

M Baeza Mirete, MA Ruiz Cantalejo, A García Ayuso,
BC Alloza Vicente

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: traumatismo-craneocéfalo-medular

OBJETIVOS:

• Revisar la actuación ante un TRM. • Analizar el uso de fármacos en TRM.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica de bases de datos de Ciencias de la Salud. Se tienen en cuenta estudios que tengan que ver con el ámbito de las emergencias e intervenciones extrahospitalarias en TRM. El análisis de la evidencia tiene lugar estratificando los datos en dos grandes grupos: ¿Actuación en TRM? y ¿Analizar el uso de Metilprednisolona?

RESULTADOS:

El objetivo del manejo prehospitalario del lesionado medular es reducir el déficit neurológico y prevenir cualquier daño adicional de la función neurológica. Un 25% de las lesiones posteriores al traumatismo son consecuencia de una mala actuación sanitaria, por lo que los equipos de atención extrahospitalaria deben entrenar las técnicas de movilización e inmovilización de pacientes con TRM, así como, el correcto uso de los dispositivos inmovilizadores.

CONCLUSIONES:

• La rápida actuación sobre un traumatismo raquimedular es vital, junto con un correcto manejo de los riesgos funcionales para el paciente, junto con un buen uso de los dispositivos inmovilizadores. • No se recomienda la administración de metilprednisolona (MP) para el tratamiento de lesiones de la médula espinal aguda (SCI). • El instituto norteamericano Food and Drug Administration (FDA) no ha aprobado el uso de este medicamento para el Traumatismo Raquimedular. • No hay clase de evidencia médica I o II que apoye el beneficio clínico de MP en el tratamiento de la lesión medular aguda. Sin embargo, existe evidencia de clase I, II y III de que altas dosis de esteroides se asocian con efectos secundarios dañinos, incluyendo la muerte.





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2544

ANÁLISIS DE LOS PARTOS EXTRAHOSPITALARIOS ASISTIDOS POR SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

II Ilzarbe Ucelay, PJ Lizandra Mora, JD Pasalodos Sanguino, A Tapia Lobo, A Osorio Gozalo, V Fernández de Córdo González

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: parto extrahospitalario-out-of-hospital-delivery

OBJETIVOS:

Analizar el perfil de la mujer asistida en el parto extrahospitalario de la Ciudad de Madrid de 2011 a 2016.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

En este estudio descriptivo se han revisado los informes de todos los partos en la calle asistidos por SAMUR-Protección Civil en la Ciudad de Madrid del 2011 a 2016. Variables de estudio: Número de partos asistidos, fecha, número de gestaciones, abortos y partos previos, semanas de gestación, nacionalidad y edad.

RESULTADOS:

Tras analizar los informes de los 25 partos asistidos en las calles de la Ciudad de Madrid, se obtuvo que el perfil de la gestante asistida en un parto extrahospitalario es una mujer extranjera de 33 años con 38 semanas de gestación, dos embarazos previos, cero abortos y un nacimiento. Además, se observó un aumento del número de partos extrahospitalarios asistidos en 2016 ($n = 9$) y atendidos durante la noche ($n = 13$), los miércoles ($n = 5$) y en Enero ($n = 5$). No se obtuvo una significación entre la nacionalidad, el número de partos, abortos o gestaciones ($P > 0.05$).

CONCLUSIONES:

Pese a los seguimientos de la gestante realizados en los centros sanitarios, aunque los partos fuera del ámbito hospitalario sean infrecuentes, el personal que lo asista deberá evaluar los factores de riesgo y detectar los problemas de forma temprana. Existen herramientas como las cartillas de la salud de la embarazada que tienen como objetivo recoger los datos más significativos del embarazo, parto y puerperio. Por otra parte, podemos encontrar otras herramientas como la tabla de los factores de riesgo prenatales del ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el baremo de riesgo según el Proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio de la Consejería de Salud. Junta de Andalucía, o el Test de Malinas.

P-2545

ACTIVACIONES POR CÓDIGO PACIENTE POLITRAUMÁTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M Salgado De La Iglesia, A Lacunza González, B Solano Barenys, S Riba Novell, N Cerezo Serrano, F Aceituno Castillo

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona

PALABRAS CLAVE: código paciente politraumático-box reanimación-urgencias

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia de activaciones por código PPT en el Box de Reanimación. Identificar perfil epidemiológico del Paciente politraumático. Identificar si hay diferencias según periodos vacacionales respecto al resto del año.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional transversal retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que entraron en el Box de reanimación por Código PPT del 1/1/2015 al 31/12/2016. Las variables estudiadas fueron: género del paciente, edad, pronóstico/mortalidad, periodos vacacionales de mayor incidencia y tipología de PPT.

RESULTADOS:

De los 520 pacientes que entraron en el Box de Reanimación, 261 (50,2%) correspondieron a código PPT. Existe un predominio de sexo masculino 194 (74,3%). En los grupos de edades más productivas de la vida (de los 25 a los 54 años) se agrupó el mayor número de accidentados con un 67,81%. Los accidentes de tráfico fueron los responsables del 40,61% de los casos, seguido por los precipitados con un 22,99%, los atropellos con el 15,70%, las caídas con un 9,59%, la violencia interpersonal con un 7,66% y un 3,45% por otros motivos. Falleció un 7,28% de los pacientes atendidos, siendo la causa más frecuente de muerte el Traumatismo craneoencefálico. La incidencia del código PPT en periodo vacacional fue 31,7% y durante el resto del año 37,3%. El número de casos en periodos vacacionales fue de 65 pacientes de los cuales el 73,85% acudieron en los meses de julio y agosto.

CONCLUSIONES:

Los accidentes de tráfico son el principal motivo de activación de código PPT, observando una mayor prevalencia de género masculino y en edad inferior a los 54 años. No hay diferencia significativa entre los periodos vacacionales con el resto del año.



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2546

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL BOX DE REANIMACIÓN EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL

A Lacunza González, M Salgado De La Iglesia, B Solano Barenys, S Riba Novell, N Cerezo Serrano, F Aceituno Castillo

Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

PALABRAS CLAVE: box de reanimación-epidemiología-morbimortalidad

OBJETIVOS:

Conocer las características de los pacientes atendidos en el Box de reanimación de urgencias en el periodo enero 2015-diciembre 2016. Describir el tiempo de ingreso hospitalario de los pacientes atendidos en el Box de reanimación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio longitudinal retrospectivo. Se utilizaron las hojas de registro del box para la recogida de datos y se excluyeron aquellos pacientes cuya documentación estaba incompleta. Las variables fueron: días de ingreso, destino al alta y motivo de entrada al Box de reanimación.

RESULTADOS:

La muestra final fue de 520 pacientes. El mayor número de pacientes atendidos se corresponde con la categoría de politraumático grave (PPT) con 260 casos, seguido de la parada cardiorespiratoria (PCR) con 101 casos, de patologías neurológicas (81), problemas respiratorios (27), problemas cardíacos (22), intentos de autólisis (15) y otras patologías (14). Hubo 358 casos con ingreso menor a 10 días, de éstos 198 fueron por activación de Código PPT, 155 casos estuvieron ingresados de 10 a 100 días, 64 por Código PPT y 5 casos estuvieron ingresados más de 100 días, 2 por PCR y 2 por patología Neurológica. Actualmente existen 2 casos todavía ingresados, uno por PCR y el otro por patología Neurológica. En total hubo 137 éxitos, 255 altas a domicilio, 77 a hospital de referencia, 49 a centros sociosanitarios.

CONCLUSIONES:

Un alto porcentaje de pacientes fueron atendidos por Código PPT, siendo ésta la causa con menos días de ingreso hospitalario y más altas a domicilio. Por otro lado, las PCR también tuvieron una incidencia elevada con ingresos de pocos días pero mal pronóstico a corto plazo, dando lugar a la causa con más éxitos.

P-2547

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS

G Cuella Cardona (1), LI Canadell Cuadrado (1), G Rius Moncusí (1), A Baudoin García (2), M Patón González (1), JM Martínez Sierra (1)

(1) Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. (2) CAP El Morell. Tarragona

PALABRAS CLAVE: paciente politraumatizado-urgencias-valoración enfermera

OBJETIVOS:

Elaborar un algoritmo que recoja la valoración integral de enfermería al paciente politraumatizado en urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

A partir de revisión bibliográfica en distintas bases tipo MEDLINE, y con el protocolo de actuación de nuestras unidades realizaremos un algoritmo de actuación sobre la valoración enfermera en urgencias del paciente politraumatizado.

RESULTADOS:

Póster con algoritmo de la valoración enfermera en urgencias del paciente politraumatizado.

CONCLUSIONES:

El algoritmo elaborado proporciona una metodología de trabajo y un lenguaje consensuado. Con este se pretende agilizar la valoración del paciente y unificar los criterios de actuación entre el equipo de profesionales de enfermería con la finalidad de realizar unos cuidados eficaces y de calidad al paciente politraumatizado en el servicio de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2548

¿TORNIQUETES? ¿DÓNDE Y CUÁNDO? EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO

JJ Giménez Mediavilla, MC Castillo Ruíz de Apodaca,
JM García De Buen, D González Rodríguez, R Gómez Soler

SAMUR-Protección Civil. Madrid

PALABRAS CLAVE: torniquete-hemorragia-amputación

OBJETIVOS:

Analizar los resultados que hemos obtenido por la utilización de torniquetes por el SAMUR ? Protección Civil. ? Tipo de incidentes. ? Lesiones en los que lo utilizamos. ? Lesiones generadas por la utilización. ? Resultado tras la utilización.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo. Obtenemos de la base de datos del servicio las intervenciones en las que colocamos torniquete desde 01/12/2015 ? 31/12/2016. Analizamos el estado del paciente, su evolución y donde se colocó el torniquete.

RESULTADOS:

Utilizamos torniquetes en 5 ocasiones. En 2 de las 5 ocasiones se colocaron 2 torniquetes, cada uno en un miembro. Utilizamos torniquetes en 5 ocasiones. En 2 de las 5 ocasiones se colocaron 2 torniquetes, cada uno en un miembro. El 80% en miembros inferiores. El 60% de las ocasiones para controlar o prevenir el sangrado de un miembro semi-amputado o catastrófico. El 20% en un miembro atrapado por una estructura y que se procede a liberar, y el 20% en hemorragia arterial importante. El 40% de los torniquetes colocados se retiraron antes del traslado hospitalario, con tiempo de isquemia menor de 25 minutos. Los otros se retiraron antes de 2 horas. Ninguno de los pacientes presentó lesiones relacionadas con la colocación del torniquete (uno de ellos fallece al tratarse de un politrauma muy grave por lo que no podemos analizar este dato), con CPK dentro de los parámetros normales. En los casos que se realizó amputación quirúrgica, el punto siempre fue más distal que el punto de colocación del torniquete.

CONCLUSIONES:

El uso de torniquetes no genera lesiones asociadas, siempre que respetemos los tiempos. Para los servicios de emergencia extrahospitalarios es una buena opción, ampliando su utilización en miembros catastróficos o semi-amputaciones, ya que previene y libera a parte del equipo del control sobre el sangrado del miembro afectado.

P-2549

¿LE DUELE O PARECE QUE LE DUELE? A PROPÓSITO DE UN CASO

C Yustas De Pedro (1), H Iglesias Escribano (2)

(1) H. FREMAP Majadahonda, Madrid. (2) H. Ntra. Sra. del Rosario. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor agudo-opioides-urgencias

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 61 años, hipertensa y Cáncer de colon, en tratamiento con Fluoxetina y Omeprazol. Refiere caída desde una silla. Exploración física: dolor, deformidad e impotencia funcional en tobillo dcho. Diagnóstico: fractura-luxación de tobillo. Llega muy asustada por la deformación del tobillo, poco colaboradora, sin dejarse tocar y sin soportar el dolor. Administramos Fentanilo 50mcg IV junto con antiemético, y a los 3 minutos segundo bolo de 25 mcg.

RESULTADOS:

Debido a la acción rápida del Fentanilo (2 minutos) se le ha llevado al tercer nivel del ascensor analgésico, lo cual permitió reducir la luxación sin complicaciones y colocar férula suropédica en espera de tratamiento quirúrgico definitivo. El efecto del Fentanilo desapareció en unos 10 minutos, además provocó una sensación de bienestar, facilitando a la paciente la superación de este episodio tan desagradable sin casi darse cuenta.

CONCLUSIONES:

La evidencia sobre la eficacia del Fentanilo en dolor agudo, lo sitúa como una opción terapéutica óptima, siendo el mayor riesgo la temida depresión respiratoria, pero el propio dolor hace que no se produzca. Disponemos además del antídoto, Naloxona. No debemos olvidar que todas las situaciones en las que existe dolor innecesario, se vinculan al concepto de negligencia terapéutica.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2559

DISTENSIÓN ABDOMINAL, PRIMER SÍNTOMA
DE UNA NEOPLASIA DE OVARIO

D Sánchez Díaz-Canel (1), J Guillén González (1), L Holgado Castell (1), J Matamoros Hernández (2), L Manclús Montoya (1), P García Bermejo (1), JM Currás Móstoles (1)

(1) Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia. (2) Centro de Salud Almussafes. Valencia

PALABRAS CLAVE: abdomen agudo-neoplasia ovárica-carcinomatosis peritoneal

OBJETIVOS:

El dolor abdominal puede tener repercusiones clínicas importantes, quizá desde urgencias realizando un diagnóstico diferencial correcto podemos diagnosticar algo más que un abdomen agudo.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Motivo de consulta: distensión abdominal Antecedentes personales: no RAM conocidas, apendicectomizada, histerectomía sin anexectomía. Tratamiento: lorazepam 1 mg por la noche. Autónoma sin deterioro cognitivo. Cuidadora principal de marido con inicio de Alzheimer. Enfermedad actual: mujer de 68 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal junto a distensión y estreñimiento de 15 días de evolución con heces filiformes. Refiere náuseas y vómitos productivos. No fiebre. Refiere miedo a ingerir alimentos por dolor abdominal tras ingesta. No cambios en medicación habitual. No bebedora habitual. Refieren pérdida de peso de 4-5 kilogramos en el último mes que relacionan con el cuidado de marido con Alzheimer. No otra sintomatología clínica de interés. Exploración física: Afebril, distensión abdominal importante, percusión mate, no se palpan masas ni hernias. Doloroso sobre todo a nivel de fosa iliaca derecha sin signos de peritonitis. Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad. Diagnóstico diferencial: dolor abdominal funcional o tumoral.

RESULTADOS:

Analítica: no leucocitosis, no alteraciones en enzimas hepáticas. Orina: normal Rx abdomen: patrón aéreo inespecífico con mucha aireación. Se decide poner enema con lavado para ver si es efectivo y disminuye el dolor abdominal y distensión sin mejoría pero con persistencia de la clínica por lo que se decide ingreso para estudio y pruebas complementarias. Es valorada por cirugía que no considera un abdomen agudo. TAC abdomino-pélvico con contraste: masa de 7 cms en pelvis sugestiva de neoplasia de ovario junto a gran cantidad de ascitis con signos de carcinomatosis peritoneal extensa.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: neoplasia ovárica con carcinomatosis peritoneal. Tratamiento: tratamiento paliativo. Este caso clínico demuestra como desde urgencias se puede diagnosticar algo más que un abdomen agudo.

P-2560

PRECISIÓN PARA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DEL REVISED
INJURY SEVERITY CLASSIFICATION SCORE II Y DEL MODELO DE
PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE NAVARRA EN UNA MUESTRA
DE PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES ATENDIDOS POR EL
SISTEMA DE EMERGENCIAS DE NAVARRA

T Belzunegui Otano (1), B Ali Ali (1), M Fortún Moral (2), B Fernández Esain (1), A Echarri Sucunza (1), D Reyero Diez (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra. (2) Hospital de Tudela. Navarra

PALABRAS CLAVE: registro de trauma-modelos predictivos-calidad de atención al trauma

OBJETIVOS:

Analizar la fiabilidad y precisión en la predicción de la supervivencia del modelo MPMN en una nueva muestra del mismo registro y compararlo con el RISC II, publicado por el DG TraumaRegister de la Sociedad Alemana de Trauma (TR-DGU), como modelo de predicción de resultados para dichos pacientes y de control de calidad del Sistema de emergencias de Navarra.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de cohorte abierta, utilizando el Registro de Traumatismos de Navarra, que incluye pacientes gravemente lesionados (New Injury Severity Score > 15) atendidos en todos los hospitales de Navarra entre 2013 y 2015. La variable dependiente fue el fallecimiento a los 30 días o previo al alta hospitalaria. El rendimiento de los modelos se evaluó en términos de discriminación (área bajo la curva ?Receiver Operating Characteristics? [ROC]), precisión (observada frente a mortalidad prevista) y calibración (estadística de Hosmer-Lemeshow).

RESULTADOS:

516 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La edad media fue de 56 años, el 73% eran varones y el ISS y NISS promedio fue de 19,5 y 26,7 puntos, respectivamente. La mortalidad a los 30 días fue del 17,4% (n = 90). La mortalidad prevista según MPMN y RISC II fue de 16,4% y 15,4%, respectivamente. En términos de discriminación, el RISC II mostró resultados ligeramente mejores (AUC = 0,941, intervalo de confianza del 95% [IC] = 0,921-0,962) que la MPMN (AUC de 0,925, [0,902-0,952]). La estadística de calibración de Hosmer-Lemeshow reveló una buena calibración para RISC II (8,9, P = 0,35) y MPMN (13,6, P = 0,09).

CONCLUSIONES:

El MPMN es un índice sencillo que ha demostrado una buena discriminación, precisión y calibración y por tanto es apropiado para su uso en el Registro de Traumatismos de Navarra. El RISC II mostró mejores resultados en cuanto a discriminación y calibración y podría ser usado como patrón de comparación externo.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2583

CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LOS TCE MODERADOS Y GRAVES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE UN AÑO

A Sánchez Canto, H García-Delgado Rosado, R Dusseck Brutus,
A García Olloqui, R Bellido Alba, M Genebat González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: TCE-TCDB-GCS

OBJETIVOS:

Analizar los TCE moderados (GCS 9-13) y graves (GCS 3-8) atendidos durante el año 2015 en Urgencias de Traumatología Virgen del Rocío y valorar la incidencia de cada uno de ellos y su clasificación radiológica mediante la TCDB.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Durante el año 2015 se atendieron 45 pacientes con TCE moderado o grave: 30 moderados y 15 graves.

RESULTADOS:

El 77.8% fueron hombres y el 22.2% mujeres. La edad media fue de 53 [IQR: 26-77]. El tipo de lesión radiológica más frecuente fue la lesión difusa tipo II, con un total de 21 pacientes (46.7%), seguido de la lesión difusa tipo I con 10 pacientes (22.2%), y la lesión masa no evacuada con 6 pacientes (13.3%). El resto de pacientes se clasificaron como lesión masa evacuada (3 pacientes, 6.7%), lesión difusa tipo III (3 pacientes, 6.7%) y lesión difusa tipo IV (2 pacientes, 4.4%). En los TCE moderados (30 pacientes) predominó de manera significativa la lesión difusa tipo II, con un 56.7% de los casos, mientras que en los TCE graves no hubo diferencias significativas en el tipo de lesión radiológica encontrada.

CONCLUSIONES:

En nuestra serie de pacientes analizados con TCE moderado y grave el tipo de lesión radiológica más frecuentemente observado fue la lesión difusa tipo II. Entre los TCE moderados encontramos lesión difusa tipo II en más de la mitad de los casos.

P-2591

ÍLEO BILIAR: CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO PRECOZ EN URGENCIAS

J Magallanes Gamboa, V Notario Barba, E Ortiz Muñoz,
R Juárez González, F Marcos Sánchez

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

PALABRAS CLAVE: íleo biliar-colelitiasis complicada-obstrucción intestinal

OBJETIVOS:

Evaluar las características clínicas de los casos de íleo biliar que puedan ayudar al diagnóstico precoz en Urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de íleo biliar diagnosticados en nuestro centro entre los años 2013 y 2016. Analizamos la edad, sexo, cuadro clínico, retraso diagnóstico, pruebas diagnósticas utilizadas y datos analíticos de interés.

RESULTADOS:

Se reportaron 3 casos de íleo biliar, 2 varones y 1 mujer con edades comprendidas entre 91 y 76 años, con una media de 83.6 $\pm$ 7. Dos pacientes tenían diagnóstico previo de colelitiasis y todos presentaron dolor abdominal y vómitos en relación con obstrucción intestinal. El tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro y su llegada a Urgencias fue de 3 $\pm$ 1 días. Solo 1 caso fue diagnosticado en Urgencias, el tiempo transcurrido desde la llegada del paciente y la cirugía fue de 85.3 $\pm$ 60 horas. A todos se les realizó una radiografía de abdomen donde se apreció dilatación de asas de delgado. En 2 se realizó ecografía abdominal, objetivándose colelitiasis. En los 3 casos fue necesario la realización de TAC abdominal para su diagnóstico, objetivándose aerobilia y fístula bilioentérica. La alteración analítica más frecuentes fue la insuficiencia renal aguda en el 100% (Cr:5.48 $\pm$ 2.53) que condicionó retraso en el diagnóstico. En todos los casos la técnica quirúrgica realizada fue enterotomía y extracción del cálculo. En 2 casos, éste se encontraba en el yeyuno y 1 en íleo. La estancia media fue de 18 $\pm$ 9 días con una supervivencia del 100%.

CONCLUSIONES:

El íleo biliar suele ocurrir en pacientes mayores con antecedente de colelitiasis, se caracteriza por síntomas vagos (dolor abdominal y vómitos) de pocos días de evolución, se asocia a insuficiencia renal aguda sin alteración del perfil hepático y el TAC suele ser la prueba diagnóstica.



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2613

ASISTENCIA DE PACIENTES DE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMA (IMV) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

D Espinosa Casanova, L Tena Salvador, J Domingo Marco,
C Martín Albacar, MJ Rallo Moya, J Adell Urraca

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa, Tarragona

PALABRAS CLAVE: IMV-catástrofes-hospital

OBJETIVOS:

Hacer una descripción de la actuación de la asistencia a los pacientes del servicio de urgencias del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa ante un IMV. También valorar la coordinación entre SEM y hospital y la aplicación del protocolo de catástrofes.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se utilizan los datos del registro TraumCat de los pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias de nuestro centro del día 20 de marzo de 2016, en que se produjo un accidente de autobús en la AP-7 a la altura de Freginals (Tarragona) con 50 pasajeros. Se avisó por parte del SEM y se activó el protocolo de catástrofes dando de alta y/o trasladando a otras ubicaciones a los pacientes que estaban en urgencias en esos momentos. Se avisó a todos los médicos de guardia de todas las especialidades con formación de equipos y reparto de roles. Se hizo preaviso al banco de sangre y radiología así como al laboratorio.

RESULTADOS:

De los 11 pacientes atendidos no hubo ningún éxito. Fueron dados de alta 4 pacientes por contusiones leves. Ingresaron en la UMI 4 pacientes que en días posteriores fueron trasladados con pronóstico más grave. El resto de los pacientes fueron ingresados en Traumatología y posteriormente se trasladaron. Precizaron cirugía urgente 3 de los 11 pacientes. Solo 2 de los 11 pacientes precisaron de transfusión sanguínea.

CONCLUSIONES:

De los 11 pacientes atendidos no hubo ningún éxito. La coordinación entre SEM y Servicio de urgencias, junto a la aplicación del protocolo de catástrofes hizo que se pudiera asumir todos estos pacientes con buenos resultados.

P-2626

DOCTOR: ¿TENGO EL CORAZÓN EN LA SIEN?

Al Crespo Martínez (1), F Martín Álvarez (2), C Crespo Martínez (3),
P Matellán Hernández (3), AM Nieto Huertos (4),
AM Crespo Martínez (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Virgen Concha. Zamora. (2) Emergencias UME Zamora. (3) Urgencias Hospital Clínico de Salamanca. (4) Urgencias Hospital Virgen Concha. Zamora. (5) Emergencias UME Ibiza

PALABRAS CLAVE: aneurisma-arteria temporal superficial-traumatismo craneal

OBJETIVOS:

Exposición de un caso clínico de pseudoaneurisma postraumático de la arteria temporal superficial y realizar una revisión de dicha patología.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se presenta un caso clínico de pseudoaneurisma de ATS secundario a traumatismo.

RESULTADOS:

Paciente de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Adiro, remitido al Servicio de Urgencias, por presentar una masa en región frontal pulsátil. Destaca haber sufrido traumatismo en la zona hace un mes. Durante este tiempo, ha aumentado de tamaño. Se practica prueba de imagen: Eco-doppler, diagnosticándose aneurisma de la arteria temporal derecha. Se consulta con cirugía maxilofacial y se deriva para tratamiento. Se realiza ligadura de arteria temporal derecha y a los 6 días drenaje del hematoma y extirpación de la lesión encapsulada.

CONCLUSIONES:

El aneurisma de La ATS es una lesión con baja casuística, probablemente debido a escasa morbilidad y mortalidad. De fácil diagnóstico realizando una correcta anamnesis (antecedente traumático) y exploración física (masa pulsátil). Como pruebas de imagen se practican Eco-doppler, TAC con contraste y angiografía que permite el diagnóstico diferencial con otras patologías. Aunque hay autores que discuten el empleo de exploraciones complementarias. El tratamiento, antes conservador, en la actualidad cirugía. Será necesario seguir reportando casos, para llegar a un consenso en diagnóstico y tratamiento, así como para advertir de esta lesión en el diagnóstico diferencial de masas en el área mencionada y evitar complicaciones hemorrágicas inesperadas.



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2652

MANEJO DEL TRAUMA GRAVE EN UN HOSPITAL COMARCAL:
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA

C Castro Pérez, CM Oliva Moreno

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: trauma grave-telemedicina-comarcal**OBJETIVOS:**

Mostrar como un hospital comarcal alejado a 135 Km de su centro de referencia, gracias a la telemedicina, los profesionales pueden solventar graves problemas con la participación de especialistas que no existen en nuestro entorno.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal sobre pacientes admitidos desde Enero del 2015 a mayo del 2016 que requirieron activación del protocolo de trauma grave. Los casos han sido documentados en una hoja de registro. Se valoraron el número de pacientes diagnosticados que requerían consulta con especialistas que no existen en un hospital de 3º nivel (cirugía vascular, torácica, cardíaca, plástica, neurocirugía, radiología intervencionista, unidad de quemados). En un consenso provincial de los coordinadores de trauma grave, se aprobó la participación de los especialistas del hospital de referencia mediante consulta telefónica y envío, desde el cifrado y encriptado Whatsapp, de pruebas y videos bajo consentimiento verbal y escrito del paciente, sin presencia de datos personales. Se realizó una revisión bibliográfica de la eficacia del uso de la telemedicina en el trauma grave.

RESULTADOS:

Se activa el protocolo de atención al trauma grave en 359 ocasiones, en 152(42,33%), existía necesidad de actuación quirúrgica urgente, de las cuales se recurrió a la teleconsulta, con especialista del hospital de referencia en 16 ocasiones (10,52%). Se trasladaron al hospital de referencia 4 (25%). Cirugía vascular fue la especialidad más frecuentemente teleconsultada con 10 casos (62,5%), seguida de Cirugía cardíaca con 3 casos (18,75%), Cirugía torácica con 2 teleconsultas (12,5%) y Cirugía Maxilofacial con 1 caso (6,25%).

CONCLUSIONES:

Al enfrentarnos a problemas como la lejanía con Centros de referencia y déficit de varias especialidades, encontramos una solución en la Telemedicina gracias a la aceptación de dicha innovación por todo el equipo Multidisciplinar. Permite poder realizar una interconsulta entre profesionales a distancia que proporciona objetividad si la comparamos con la simple información a través del teléfono pudiendo ofrecernos tutorización inmediata y evitando traslados innecesarios.

P-2679

LESIÓN MEDULAR DE ALTO IMPACTO EN UN DOMICILIO

MT Meroño Terol, A Hortelano, F Rojo, A Roco

SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: spinal cord injuries-spinal injury-medullary lesion**OBJETIVOS:**

Procedemos a su inmovilización mediante collarín cervical y sistema de araña para fijarla al tablero espinal (previamente colocado el inmovilizador cervical "Dama de Elche"). Administramos bolo de corticoides, y trasladamos al Hospital de Referencia.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Tras ser explorada en el cuarto de emergencias es trasladada para la realización de TAC. Exploración: destaca una tetraparesia por debajo del nivel C7, conserva fuerza para flexión del codo (C6) y abducción del hombro (C5). RCP indiferente bilateral. Hiperreflexia patalear y aquilea y alteración sensitiva con hiperestesia T1-T5 y anestesia T6.

RESULTADOS:

TAC craneal: sin lesiones TAC cervical: fractura sin desplazamiento apofisis espinosas vértebras D1 y D2. RMN cervical: contusión medular desde C3 hasta C5 con voluminosa hernia discal C3-C4 con migración craneal y complejo disco-osteofitario C4-C5. Hematoma de partes blandas prevertebral de 7 mm espesor máximo. TAC tórax-abdomen: contusiones hepáticas en segmento VII. Ante la RM y la clínica se decide intervención urgente para LAMINECTOMÍA y FIJACIÓN.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del paciente politraumatizado debe iniciarse en la escena del accidente y reconociendo el mecanismo lesional. En este caso aunque inicialmente no se incluyera en las lesiones medulares de alto impacto, ciertos signos y síntomas fueron significativos para sospechar una importante lesión medular, además de los signos motores y sensitivos. 1º Signos superficiales- scalp frontal 2º El dolor tipo "hormigueo" por todo el cuerpo. 3º La hipotensión sin taquicardia (aunque nos despistó que la paciente tomara betabloqueantes).



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2682

EVALUACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO POLITRAUMA

R Maciel Soares, O Yuguero Torres, A Marí Lopez, M Saura Codina,
S Muñoz Buderus, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: politrauma-urgencias-gestión asistencial

OBJETIVOS:

Analizar los pacientes que han acudido a un Servicio de Urgencias de II nivel referencia de activación de Código Politrauma (PPT) durante el año 2016. El objetivo principal es analizar la idoneidad de la activación en función de la gravedad.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis descriptivo de los 186 pacientes que han sido activados como código PPT durante el año 2016 atendidos en un Servicio de Urgencias Territorial, referencia de 300.000 pacientes.

RESULTADOS:

Nuestro hospital es el 3r hospital de Cataluña en registro del código PPT. De los pacientes atendidos un 60% fueron secundarios a un accidente de tráfico. Un 55,3% fueron activados en fin de semana, siendo el sábado el día de mayor actividad. En un 70% de los casos los afectados fueron hombres, con una edad media de 44 años. El 70% de los pacientes tuvieron una prioridad 2, que no implica riesgo vital y es activado por mecanismo lesional, ya que generalmente implica fractura de extremidad o traumatismo de un solo órgano. Sólo un 16% fueron propiamente pacientes politraumatizados con riesgo vital. Además un 11% de los pacientes no tenían criterios para activación del código.

CONCLUSIONES:

El código politrauma permite activar a los servicios de urgencias y mejora la coordinación entre los servicios extrahospitalarios y hospitalarios. Sin embargo, deberíamos valorar si es necesario realizar la activación en aquellos pacientes que no presentan compromiso fisiológico ni hemodinámico, y simplemente por mecanismo lesional.

P-2684

GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE DIABÉTICO

VJ Bonora López, R Asins García, MT Resta Rabassa

Hospital Quirónsalud Valencia

PALABRAS CLAVE: forunier-gangrena-fascitis

OBJETIVOS:

Evidenciar la importancia del diagnóstico precoz y la activación del código sepsis.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Paciente varón de 63 años con Diabetes Mellitus tipo 2, acude al Servicio de Urgencias consultando por edema en escroto y febrícula de varios días de evolución. A la exploración se visualiza edema y eritema escrotal con áreas de necrosis seca y otras áreas húmedas flictenares que se extienden hacia región inguinal. A la palpación se aprecia tumefacción e induración escasamente dolorosas a la palpación. Destaca el buen estado general del paciente, estable hemodinámicamente sin signos clínicos de sepsis. En la analítica general destaca en el Hemograma, Hb 14.7, 21.4 L (20100 neutrófilos), 148000 plaquetas, Bioquímica: Creat 2.3 mg/dl, Urea 80 mg/dl, GLuc 191mg/dl, Na 130 mmol/L, K 4.7 mmol/L, Bi T 1.3 mg/dl, GOT 44 UI/l, GPT 39 UI/l, GGT 502 UI/l, PCR 33.94mg/dl, PCT 53 ng/ml. Gasometría : pH 7.38 HCO₃ 29.2, lactato 3. Ante la presunción de absceso escrotal en relación a fascitis necrotizante se realiza TAC pélvico: TCS escrotal con importante cantidad de gas e hipervascularización. Testes de aspecto normal sin lesiones focales ni colecciones ni necrosis de las cubiertas escrotales. ID: Gangrena de Fournier. Se activa código sepsis y se inicia antibioterapia Clindamicina + Ceftacídima+ Levofloxacino y fluidoterapia.

RESULTADOS:

Tras abordaje quirúrgico por urología y cirugía plástica y reparadora inmediato con desbridamiento quirúrgico del escroto con secreción purulenta abundante con incisiones y disección de piel de escroto y pene. El paciente evoluciona favorablemente.

CONCLUSIONES:

A pesar de los avances técnicos y farmacológicos, en la actualidad la mortalidad es similar a las series antiguas, lo que refleja que se trata de una enfermedad grave y de una verdadera urgencia urológica. Por ello el diagnóstico precoz en Urgencias, la activación del código sepsis y el abordaje quirúrgico precoz son fundamentales para mejorar el pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2691

EVALUACIÓN DEL CÓDIGO PTT EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

G Pugnet, D Soltoianu, C Boque Oliva, MM Olona Cabases,
J Gálvez Mora, A Guzmán Avalos, A Moreno Destruels

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

PALABRAS CLAVE: trauma-code-mortality

OBJETIVOS:

Evaluar los resultados de un centro de referencia CAT2B en relación con el resto de pacientes del registro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron 146 pacientes, con prioridad 0 y 1 de forma prospectiva entre 1 Enero 2014 y 31 diciembre 2016. Se recogieron características demográficas, clínicas y mortalidad en relación a la gravedad según scores, de pacientes adultos y pediátricos y se compararon con los del registro. Nuestro equipo de atención al PPT es multidisciplinar y liderado por urgenciólogos.

RESULTADOS:

El 97,1% de los casos se activa código PTT, con aviso prehospitalario en 81,1%. Un 56,4% eran prioridad 0, 69,9% hombres, edad media $49 \pm 20,7$ años, 66% nacionalidad española y 94% presentaban traumatismos cerrados. Los accidentes de tráfico constituían el 55,5%, siendo Jueves el día con mayor incidencia. 42,8% llegaron intubados y 84,2% con collarín cervical, un 86,9% de los pacientes tenían un AIS mayor a 3, mediana de 4, un 67,1% presentaban un ISS mayor a 15 mediana de 20, mientras que el NISS era mayor a 15 en un 74%, mediana de 25. La mortalidad global fue del 21,2%, mortalidad precoz del 8,2% y mortalidad tardía 13,6%. Ajustando por AIS, ISS y NISS la mortalidad no presenta diferencia significativa comparada con la del registro catalán aunque la gravedad en nuestros casos es más alta que la media del registro.

CONCLUSIONES:

La mortalidad del trauma grave en nuestro medio es comparable a la del resto de Cataluña y a los registros internacionales.

P-2696

LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA LIGADA A MECANISMO LESIONAL EVITABLE

JM García de Buen (1), P del Brío Ibáñez (2), B Tejero Muñoz (1)

(1) SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. (2) H. Río Hortega.Valladolid)

PALABRAS CLAVE: traumatismos de la médula espinal-prevención-mecanismo lesional

OBJETIVOS:

Analizar si la presencia de un elemento rígido en región dorsal puede ser factor de riesgo adicional en el incremento de lesión medular traumática en impactos de alta energía en base a dos casos clínicos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en base a dos casos clínicos atendidos por SAMUR-PC en 2013 en la ciudad de Madrid. Variables analizadas: mecanismo lesional y lesiones definitivas tras pruebas de imagen hospitalarias. Los datos de se obtuvieron de historias clínicas y seguimientos de preavisos hospitalarios.

RESULTADOS:

- Caso 1: varón de 24 años accidentado de motocicleta con casco tras impacto frontal de alta energía contra turismo; en supino, con cazadora con espaldara; porta mochila a la espalda con contenido rígido con aristas que arquea la columna a nivel dorsal bajo; entre otras lesiones, estallido de D9 con invasión de canal medular 70%, y fractura de transversas de D7 y D10; parapléjico. - Caso 2: mujer de 38 años accidentada de bicicleta con casco tras impacto frontal de alta energía contra turismo; en supino, sin protección de espalda; porta mochila a la espalda con contenido rígido con aristas que arquea la columna a nivel dorsal bajo; entre otras lesiones, estallido de D9 con invasión de canal medular 100%; parapléjica.

CONCLUSIONES:

Un elemento adicional como es una mochila a la espalda con contenido rígido puede haber contribuido a la lesión medular con paraplejía en accidentes de motocicleta y bicicleta, proponemos valorar este mecanismo lesional a nivel de prevención primaria para evitar lesiones medulares.





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2721

TCE Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL: REVISIÓN DE CASOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

JL Cepeda Blanco (1), E Lino Montenegro (2), FM Mateos Chaparro (3), M Soheim (2), A Grasun (2), M González Ruiz (2), L Alli Alonso (4)

(1) C. S. Camargo Costa. Cantabria. (2) C. S. General Dávila. Cantabria. (3) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (4) C.S. Camargo Interior. Cantabria

PALABRAS CLAVE: traumatismos encefálicos-hemorragias intracraneales-tomografía computerizada

OBJETIVOS:

Analizar los TCE considerados por el sistema de triaje como NO leves que acuden a un servicio de urgencias de tercer nivel. Estudiar las edades, la realización o no de TAC, la presencia de lesión intracraneal y si aquellos con lesión confirmada estaban antiagregados o anticoagulados.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se analizan los TCE que acuden a Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) en el primer trimestre de 2016, utilizando la base de datos generada mediante el programa de triaje y el HIS hospitalario para revisar la edad, si se realizaron pruebas de imagen (TAC craneal) y si la presencia de hemorragia intracraneal guardó relación con trastornos de la coagulación.

RESULTADOS:

Entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2016 se recogieron 771 pacientes con que consultan por TCE, siendo valorados como moderados-graves (impacto de alta energía, pérdida de conciencia, vómitos, cefalea intensa, amnesia del episodio) 312 casos (145 hombres y 167 mujeres). Las edades de los pacientes varía entre 15-30 años: 20 (6,4%), 31-45 años: 38 (12,2%), 46-60 años: 47 (15%), 61-75 años: 45 (14,4%), y mayores de 75 años: 162 (52%). Se realizó TAC craneal en 116 pacientes (37%), hallando lesión intracraneal en 33 de ellos. Entre las lesiones halladas se observaron: 8 casos con hematoma epidural (4 pacientes anticoagulados con sintrom), 8 hemorragias subaracnoideas (un paciente estaba antiagregado y dos anticoagulados con nuevos anticoagulantes), 9 hematomas subdurales (un paciente antiagregado y otro anticoagulado con sintrom), y 8 hematomas intraparenquimatosos (de ellos, dos anticoagulados con sintrom). El destino de los TCE fue el domicilio en la mayoría de los casos (93,5%).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los TCE NO leves valorados en el servicio de urgencias no precisaron ingreso hospitalario. La energía del impacto del TCE, la presencia de clínica neurológica (déficit motor, amnesia?), las comorbilidades y la presencia de antiagregación o anticoagulación favorecen que se realice una prueba de imagen (TAC craneal) para descartar sangrado intracraneal, sin bien solo se confirmó en un 10,5% de los casos (33 pacientes).

P-2727

FACTORES PREDICTORES DE LESIÓN INTRACRANEAL HEMORRÁGICA EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR TCE LEVE

A Gacía Olloqui, B Hernández Labrot, R García Hidalgo, R Dusseck Brutus, I Pérez Torres, M Genebat González

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: factores epidemiológicos-traumatismo craneoencefálico leve-lesión intracraneal hemorrágica

OBJETIVOS:

Analizar los factores predictores de lesión hemorrágica intracraneal en pacientes que consultan por TCE leve en el servicio de urgencias.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio retrospectivo observacional, que incluía a todos los pacientes que acudieron a urgencias de HUV Rocio por TCE leve (definido por GCS a su llegada > 14 puntos) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015, y a los que a criterio del clínico se decidió la realización de TAC craneal.

RESULTADOS:

Un total de 674 pacientes cumplían criterios de inclusión y fueron considerados para el presente análisis. Las características basales de los pacientes eran las siguientes: la mediana de edad fue de 61 años [IQR: 40-79], el 55.6% eran varones, un 16% del total de pacientes estaban tomando anticoagulantes orales (ACO), un 17.1% realizaban tratamiento antiagregante (AAS o clopidogrel), el GCS a la llegada era de 15 puntos en el 91.1% y el 73.9% presentaban como mecanismo lesional un trauma de baja energía (caída de su propia altura). Del total de pacientes incluidos, se observó TAC patológico (presencia de lesión hemorrágica intracraneal) en 110 pacientes (16.3%). Se realizó un estudio de regresión logística para analizar variables asociadas con la presencia de lesiones intracraneales hemorrágicas en TAC, objetivando que la edad avanzada, la toma de antiagregantes y el GCS de 14 puntos a la llegada eran las variables independientemente asociadas a la presencia de lesión hemorrágica intracraneal. Por el contrario, la toma de ACO, el sexo y el mecanismo lesional de alta energía no se asociaban con TAC patológico.

CONCLUSIONES:

Algo más de un 15% de pacientes que consultan por TCE leve presentan lesiones intracraneales hemorrágicas. La edad avanzada, la toma de antiagregantes y el GCS de 14 puntos a la llegada predicen la presencia de lesión hemorrágica intracraneal tras TCE leve.



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2728

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE QUE PRESENTAN LESIONES INTRACRANEALES HEMORRÁGICAS EN TAC**A Gacía Olloqui, R García Hidalgo, B Hernández Labrot, R Dusseck Brutus, M Genebat González, I Pérez Torres***Hospital Virgen Macarena. Sevilla***PALABRAS CLAVE:** factores epidemiológicos-traumatismo craneoencefálico leve-lesión intracraneal hemorrágica**OBJETIVOS:**

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con TCE leve que presentan lesiones intracraneales hemorrágicas en TAC.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio retrospectivo observacional, que incluía a todos los pacientes que acudieron a urgencias de HUV Rocío por TCE leve (definido por GCS a su llegada > 14 puntos) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015, y que presentaban un TAC patológico secundario al traumatismo, definido como TAC con lesiones intracraneales hemorrágicas postraumáticas.

RESULTADOS:

Un total de 110 pacientes cumplían criterios de inclusión y fueron considerados para el presente estudio. La media de edad de los pacientes de nuestra muestra fue de 64.6 años [IQR: 55-80], cabe destacar que 91.9% de los pacientes eran mayores de 50 años. El 54.5% eran varones. Un total de 45,4 % tomaban algún tipo de terapia hipocoagulante: 17,2% estaban anticoagulados con dicumarínicos o nuevos anticoagulantes orales, mientras que un 28,2% estaban antiagregados con AAS o clopidogrel. Sorprendentemente, el 67,3% (n = 74) de los pacientes habían tenido un mecanismo lesional de baja energía, entendido éste como caída desde su propia altura, como causa del TCE.

CONCLUSIONES:

A pesar de las limitaciones inherentes propias del diseño retrospectivo de nuestro estudio, cabe destacar que la mayor parte de los pacientes con lesiones hemorrágicas intracraneales tras TCE leve eran mayores de 50 años y la mitad del total de pacientes estaba tomando anticoagulantes o antiagregantes, factores que podrían favorecer el sangrado secundario al TCE a pesar de que la mayoría se debían a un mecanismo lesional de baja energía.

P-2742

ESTRATEGIAS DE REVERSIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON TCE LEVE**A Santos Calonge, R Dusseck Brutus, M Huesa Andrade, A Díez Naz, M Genebat González, I Pérez Torres***Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla***PALABRAS CLAVE:** TCE-anticoagulación-reversión**OBJETIVOS:**

Analizar las estrategias de reversión de anticoagulación oral en pacientes que han ingresado en el área de observación de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 3 años consecutivos con diagnóstico de TCE leve.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se incluyeron 164 pacientes. De ellos, 97 presentaban lesiones intracraneales. Las variables cualitativas se representan mediante número de casos y porcentajes y las variables cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico.

RESULTADOS:

La mediana del valor de INR a la llegada a urgencias era de 2,42 [1,95,3,52]. De los pacientes que no presentaron lesiones en el TAC, únicamente se trató a los pacientes que presentaban INR supratrapéutico (> 3) mediante la administración de Vitamina K iv. En los pacientes que presentaban lesiones se emplearon asociadas a la Vitamina K, dosis de concentrado de complejo protrombínico (CCP) según el INR de presentación, basándose en las recomendaciones de Hematología. Posteriormente se comprobó el INR para valorar la correcta reversión (valorada como INR < 1,5. Asimismo, se analizó la evolución radiológica de las lesiones a las 24h y el desarrollo de eventos adversos asociados. Se establecieron pautas según rango de INR al ingreso (INR 1,5-1,9, INR 1,91-3, INR 3,01-5 e INR > 5, a los que correspondían dosis de 10, 15, 20 y 25 UI/kg respectivamente) Siguiendo esta pauta, únicamente 2 pacientes de los 65 a los que se administró CCP permanecieron con INR > 1,5, precisando aporte de dosis suplementarias. En pacientes a los que se administró dosis menores a las pautadas, ocurrió en 6 pacientes. INRs > 1,5 postreversión se asociaron con más frecuencia a evolución radiológica desfavorable de las lesiones intracraneales.

CONCLUSIONES:

La administración de CCP a las dosis anteriormente descritas proporciona una manera segura y eficaz de reversión de la anticoagulación oral en pacientes anticoagulados con TCE.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2744

FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE
HEMATOMA ESPONTÁNEO DE MÚSCULO RECTO DEL ABDOMEN

M Povar Echeverría, A Ruiz Aranjuelo, M Lasala Alastuey,
BJ Povar Marco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hematoma espontáneo de la vaina del recto-enfermedad de la pared abdominal-tratamiento anticoagulante

OBJETIVOS:

Analizar los factores predisponentes y precipitantes de los casos ocurridos en nuestro centro.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico en el informe de alta de HEMR desde el 1 de febrero de 2002 hasta el 31 de enero de 2016 ocurridos en nuestro centro. Se dividen en dos grupos, según si el hematoma fue motivo del ingreso (grupo 1) o complicación de un ingreso por otro motivo (grupo 2). Se recogen los factores predisponentes, precipitantes, la terapia anticoagulante y las cifras de creatinina y de filtrado glomerular (FG).

RESULTADOS:

Se incluyeron 46 pacientes, mediana de 81 años, de los cuales 60% eran mujeres. 30 de ellos pertenecían al grupo 1, y 16 al grupo 2. La mediana de estancia fue de 11,5 días de ingreso, siendo mayor en el grupo 2 (10 VS 35 días, $p = 0.047$). El factor predisponente más frecuente fue la cirugía abdominal previa, presente en 15 pacientes (32,6%), si bien en el 50% no se identificó ninguno. La tos persistente (28,3%) y la inyección de HBPM (17,4%) fueron los factores desencadenantes más frecuentes. El 70% de los pacientes estaban anticoagulados. De los 10 pacientes en tratamiento con HBPM, 8 reconocieron la inyección como posible factor desencadenante (la mayoría pertenecientes al grupo 2). Un total de 19 pacientes (41,3%) presentaba insuficiencia renal. La mediana de creatinina en el momento del diagnóstico del hematoma era superior a la basal con diferencias estadísticamente significativas tanto en los pacientes con FG normal como en aquellos con insuficiencia renal ($p < 0.001$) (TABLA).

CONCLUSIONES:

La insuficiencia renal es un factor de riesgo para complicaciones hemorrágicas en pacientes anticoagulados, además se ha señalado como un factor de riesgo independiente para HEMR. En nuestra muestra la terapia anticoagulante, la inyección con HBPM y la insuficiencia renal son factores relacionados con el HEMR.

P-2752

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE
ATENDIDOS DURANTE UN AÑO NATURAL EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL

MJ Labrador Hernández (1), R Rojas Valdivé (2),
R Dusseck Brutus (3), M Genebat (3), H García-Delgado Rosado (3),
I Pérez Torres (3), A García Olloqui (3)

(1) Centro de Salud Alisal. Cantabria. (2) Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. (3) Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: TCE leve-características clínicas-epidemiológicas-Glasgow

OBJETIVOS:

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con TCE leve atendidos en un hospital de tercer nivel durante un año natural.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio descriptivo observacional, retrospectivo. Se recogieron todos los pacientes >14 años que acudieron a urgencias traumatológicas del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, por TCE leve (definido como GCS >14 puntos) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015 y que a criterio clínico se realizó tomografía computarizada de cráneo (TAC).

RESULTADOS:

Se seleccionaron 674 pacientes que cumplían criterios de inclusión. Las características de los pacientes fueron: 299 eran mujeres (44,4%). La distribución por grupos de edad reflejaba que 40,5% eran mayores de 70 años, mientras que el resto de grupos (< 30 años, entre 30-50 años y 50-70 años) representaban cada uno de ellos alrededor del 20% de los casos. Dentro de las comorbilidades: El 35,6% presentaba HTA, 16,8% DM y 12,5% ambas. El 73,9% de los pacientes habían sufrido un traumatismo por mecanismo de baja energía (definido como caída de su propia altura sin mecanismo de desaceleración brusca). Un total de 115 pacientes (17,06%) estaban antiagregados, 95 pacientes (14,1%) en tratamiento con Dicumarínicos y 13 pacientes (1,9%) en tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales. Por otra parte, 60 Pacientes (8,9%) presentaban Glasgow de 14 puntos. El TAC fue patológico (lesiones hemorrágicas intracraneales, de origen traumático, de diferente entidad) en 110 pacientes (16,3%). La incidencia de lesiones intracraneales en pacientes con GCS de 14 era significativamente superior a los pacientes de GCS de 15 (40% Vs 15%). La mayor parte de los pacientes (74%) fueron dados de alta y solo 5 (0,7%) precisaron ingreso en UCI.

CONCLUSIONES:

El TCE leve es una entidad que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 70 años, por mecanismo de baja energía, con evolución clínica favorable, presentando mayor lesiones intracraneales los pacientes con GCS de 14 puntos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2753

FACTORES ASOCIADOS A LESIONES INTRACRANEALES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O ANTIAGREGADOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MJ Labrador Hernández (1), R Rojas Valdivé (2), M Genebat (3), R Dusseck Brutus (3), H García-Delgado Rosado (3), I Pérez Torres (3), A García Olloqui (3)

(1) Centro de Salud Alisal. Cantabria. (2) Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. (3) Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: TCE-lesiones intracraneales-anticoagulación y/o antiagregación

OBJETIVOS:

Determinar los factores asociados a lesiones intracraneales en pacientes con TCE previamente anticoagulados o antiagregados atendidos en un hospital de tercer nivel durante un año natural.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio descriptivo observacional, retrospectivo. Se recogieron todos los pacientes anticoagulados y/o antiagregados que acudieron a urgencias traumatológicas del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, por TCE, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015 y que a criterio clínico se realizó TAC craneal.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 218 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Las características de los pacientes fueron: 119 eran mujeres (54,6%). La mediana de edad en pacientes antiagregados era de 80 años [72,85], mientras que en anticoagulados era de 83 años [74,85]. Un total de 115 pacientes (17,06%) estaban antiagregados, de los cuales: 94 tomaban AAS, 15 AAS + Clopidogrel y 6 Clopidogrel. Adicionalmente 95 pacientes (14,1%) estaban en tratamiento con Dicumarínicos, 13 pacientes (1,9%) en tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales y 13 pacientes estaban antiagregados y anticoagulados (AAS+AVK o NACOS). Las lesiones hemorrágicas intracraneales estaban presentes en 32 pacientes antiagregados (26,2%), de ellos un 31,3% fue por mecanismo de alta energía, mientras que un 68,8% fue de baja energía. En los anticoagulados las lesiones hemorrágicas estaban presentes en 20 pacientes (18,33%), de los cuales un 5% se produjo por mecanismos de alta energía, mientras que el 95% por mecanismo de baja energía. En los pacientes anticoagulados la mediana de INR al momento del ingreso fue de 2,1 [1,62, 2,93], destacando que 16 de esos pacientes presentaban un INR fuera de rango (> 3).

CONCLUSIONES:

Las lesiones hemorrágicas intracraneales son mas frecuentes en pacientes antiagregados que en anticoagulados y el mecanismo lesional mas frecuente en ambos fué el de baja energía. Consideramos importante implementar protocolos para la realización de TAC craneal en estos pacientes que permitan la detección de lesiones hemorrágicas intracraneales secundarias al TCE.

P-2756

CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE SECUNDARIA A PARASITOSIS INTESTINALES

J Barquín Yáguez, B Inglés Azorín, D Ramos Rubio, A Centeno Velasco, M Cornejo López, A González Barranquero, N García Montes

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: parasitosis-cirugía-urgencias

OBJETIVOS:

Revisión de los factores demográficos, microbiológicos y clínicos de las parasitosis intestinales que han precisado intervención quirúrgica urgente.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes intervenidos de urgencia por complicaciones secundarias a parasitosis intestinal entre los años 2000 y 2016.

RESULTADOS:

Se obtienen 36 casos (un 0,1% de las cirugías abdominales urgentes), 61% hombres y 39% mujeres, con edad media de 34 años. El 65% procedentes de países en desarrollo. Las manifestaciones clínicas fueron, dolor en FID (63%), síntomas de obstrucción intestinal (16%), peritonismo (8,3%), shock (2,77%), vómitos y fiebre (2,77%), inflamación glútea (2,77%). Analíticamente presentaron leucocitosis el 69,44%, y eosinofilia el 44,44%. Los parásitos identificados fueron: Anisakis (38,9%), Enterobius vermicularis (36,11%), Equinococcus (8,33%), Taenia spp (5,55%), Ascaris lumbricoides (5,55%), Strongyloides stercoralis (2,77%), Esquistosoma spp (2,77%). Los cuadros producidos por estos patógenos fueron: apendicitis aguda (38,88%), enteritis eosinofílica (36,11%), obstrucción intestinal (11,11%), colecistitis aguda (2,77%), necrosis ileocecal (2,77%), rotura quiste hidatídico a bronquio (2,77%) y a cavidad peritoneal (2,77%), absceso pélvico hidatídico (2,77%). Salvo 3 de los casos (2 quistes hidatídicos y 1 obstrucción intestinal por helmintos) que fueron diagnosticados mediante TC prequirúrgico, en el resto el diagnóstico se confirmó mediante el estudio anatomopatológico. El 16,66% de los pacientes intervenidos presentó complicaciones postquirúrgicas con una tasa de mortalidad del 5,5%. El 100% de los pacientes fueron tratados con antiparasitarios, presentando recidiva de la parasitosis un 5,5%.

CONCLUSIONES:

La parasitosis intestinales suponen una causa infrecuente de intervención quirúrgica urgente, mayoritariamente por cuadros de apendicitis aguda, enteritis y obstrucción intestinal, producidas principalmente por Anisakis y E. vermiculares.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-2775

PERFIL Y MANEJO DEL DOLOR OSTEOMUSCULAR EN URGENCIAS

M Galindo Allueva, JM Real Campaña, M Comet Bernad,
A Herrer Castejón, MA Javierre Loris, MC Ascaso Martorell

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: dolor-osteomuscular-farmacoterapia

OBJETIVOS:

Analizar el perfil de los pacientes con dolor osteomuscular en urgencias y su manejo terapéutico.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional en el que se analizó el perfil de los pacientes que acudieron a urgencias en el segundo semestre de 2016 con diagnóstico de dolor y su control mediante las visitas sucesivas a urgencias o atención primaria. Para evaluar el manejo farmacológico se analizaron un 20% de los pacientes. Fuentes de datos: historia clínica electrónica y PCH.

RESULTADOS:

546 pacientes, 63,4% mujeres, edad media $52,7 \pm 2,11$ años. Diagnóstico: 59% dolor articular extremidades, 28% dorsalgia, 10% dolor torácico osteomuscular y 3% dolor abdominal. Tratamiento recibido: 5% AINE tópico, 78,2% AINES sistémicos, 37,6% paracetamol, 8,9% corticoide IM, 18,8% diazepam, 29,7% opioide menor, 4% opioide mayor, 1% duloxetina, 3% gabaérgicos, 2% lidocaína tópica, 1% derivación a unidad del dolor y 4% ningún tratamiento farmacológico. La media de fármacos por paciente fue $1,99 (\pm 1,14)$. A 38,6% de los pacientes se les prescribió un único fármaco, 24,8% dos, 20,8% tres y 11,9% cuatro o más. Media fármacos según diagnóstico: Dolor abdominal $1,33 (\pm 0,58)$, dorsalgia $2,8 (\pm 1,36)$, dolor extremidades $1,71 (\pm 0,96)$ y dolor torácico $2,6 (\pm 1,08)$. Los diagnósticos con mayor número de tratamientos fueron dolor torácico osteomuscular y dorsalgia con un 20% y 8,9% de pacientes con 4 o más fármacos respectivamente. El 14,9% y el 16,8% de los pacientes volvieron a visitar urgencias y atención primaria respectivamente con el mismo motivo de consulta. Media tiempo hasta revisita urgencias: 26,07 ($\pm 33,6$) días. Media tiempo hasta revisita AP: 28,53 ($\pm 22,41$) días.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico más habitual fue dolor articular en extremidades. El grupo terapéutico más prescrito fueron los AINES sistémicos. Por patologías, la dorsalgia y el dolor torácico osteomuscular son las que requieren mayor complejidad en el tratamiento. Alrededor de un 15% de los pacientes no controlan el dolor con el tratamiento pautado en urgencias.

P-2787

EL TORNIQUETE EN EMERGENCIAS CIVILES
EXTRAHOSPITALARIAS: ¿ALIADO O ENEMIGO?

A Borrella Romero (1), C Calle Domínguez (2), M Parrón Parra (2),
I Bravo Tejedor (3), A Batalla Sardá (4)

(1) Vitalia 24h. (2) Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. (3) Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. (4) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: torniquetes-hemorragia-extremidades

OBJETIVOS:

?Enumerar las técnicas para el control de hemorragias externas en situaciones de urgencia. ?Conocer las indicaciones del uso del torniquete, en el ámbito civil. ?Conocer la técnica de aplicación del torniquete.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica limitada a textos con acceso completo y 2 años de antigüedad.

RESULTADOS:

Las recomendaciones para el control de hemorragias masivas indican la realización de presión directa manual sobre el punto sangrante, vendaje compresivo y la aplicación de torniquete (en extremidades) y agentes hemostático (tronco y cuello). Eliminando la elevación del miembro y presión arterial a nivel proximal, dando paso al uso del torniquete. Llega a controlar el 80% de las hemorragias exanguinantes, aumentando la supervivencia, especialmente cuando es utilizado antes de la descompensación del paciente. Está indicado en casos de amputación traumática, incidentes con múltiples víctimas, hemorragias exanguinantes en extremidades y en situaciones de difícil asistencia o rescate. Se recomienda utilizar dispositivos diseñados para tal fin, de uso fácil y eficaz, que puedan ser aplicados con una sola mano, evitando torniquetes blandos y estrechos. El torniquete se aplica sobre la piel proximalmente a la lesión, pudiendo aplicarse un segundo en caso necesario. Se marcará la hora de colocación. La presión administrada debe ser suficiente para cortar el flujo arterial y no se aflojará en ningún momento. Debe estar visible y permitir valorar el control de la hemorragia. Se mantendrá hasta el tratamiento definitivo. Como alternativa se puede emplear un esfigmomanómetro.

CONCLUSIONES:

El uso del torniquete ha sido muy discutido, las últimas recomendaciones lo incluyen como una de las medidas para controlar las hemorragias exanguinantes en situaciones de amputación, IMV y en entorno hostil. Permite una resucitación precoz y más efectiva, aumenta tiempos de supervivencia y reduce necesidades de transfusión.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

A-2551

MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS

V Sierra Cuevas, Eva Abad Fau

H. FREMAP Majadahonda, Madrid

A-2579

CONTUSIÓN MIOCÁRDICA Y ÁNGOR HEMODINÁMICO
EN HIPOTERMIA

EJ Fernández Rioja, F Melgosa Latorre

Servicio de Urgencias. Hospital Alto Deba. OSI Debagoiena

A-2604

GOTAS DE GRASA EN HEMARTROS. FRACTURA MESETA TIBIAL

A Garrido Rosado (1), M García Garzón (2), V Parent Mathias (1)

(1) Hospital Valle del Guadalhorce. Cártama, Málaga. (2) Hospital Civil. Málaga

A-2606

FRACTURA DE JEFFERSON. FRACTURA A CONSIDERAR
EN URGENCIASD Caldevilla Bernardo (1), F Pérez Gómez (2), J Martínez Pérez
(2), EC Gómez Cuenca (1), J Monedero La Orden (1), M Escribano
Talaya (1), G Maldonado Hermoso (1)(1) Hospital General de Almansa. Albacete. (2) Complejo Hospitalario Universitario
de Albacete

A-2608

ESTALLIDO OCULAR

S Alconchel Gracia, A Real Martín, S Rincón Castro,
P Morales Monsalve, E Ruiz Ortiz, M Moline Moreno

Hospital Santa Bárbara. Soria

A-2659

HIPOTERMIA, ¿ENEMIGO EN LAS COMPETICIONES
DE MONTAÑA?

A Salas Pallicer, S Sánchez Díaz, A Gangolells Sabata

Hospital Sant Bernabé. Barcelona

A-2698

DIAGNÓSTICO DE FRACTURA POR SORPRESA

L Rosado Mena (1), JN Martínez Guerrero (2), MD López García (1)

(1) Centro Salud Moratalla. Murcia. (2) Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi.
Barcelona

A-2701

UN PUNTO DE VISTA DIFERENTE

MA Callejas Montoya (1), L Moreillo Vicente (2), AR Lindo
Noriega (1), G Fuentes Rodríguez (1), JL Sánchez Rocamora (1),
I Mora Escudero (3)(1) Hospital General Villarrobleto. Albacete. (2) Hospital General de Almansa.
Albacete. (3) Hospital General de Albacete

A-2770

LA INTOXICACIÓN ETÍLICA COMO FACTOR DE RIESGO
EN EL TRAUMATISMO CRANEAL

AM Mur Pérez (1), M Rivas Jiménez (2), V Rodrigo Paradells (3)

(1) C. S. Valdefierro. Zaragoza. (2) Urgencias. H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza.
(3) Neurocirugía. H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza

índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 13

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



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



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

O-2796

APLICACIÓN DE DISPOSITIVOS PORTÁTILES DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS

I Pérez Regueiro (1), JA García Fernández (2), A Lana Pérez (3), E Fernández Fernández (4), P Herrero Puente (4), J Cela Galván (5)

(1) SESPA. (2) Médico de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Profesor Asociado de la Universidad de Oviedo. (3) Profesor Contratado Doctor. Área Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo. (4) Facultativo Emergencias SAMU-Asturias. (5) Enfermero SESPA

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-ventilación no invasiva-emergencias**OBJETIVOS:**

Comparar la evolución clínica de los pacientes atendidos por SAMU-Asturias a quienes se aplicó los dispositivos CPAPB® y Vylife®, en el tratamiento de su IRA por Insuficiencia Cardíaca.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio de cohortes históricas de una serie de pacientes con IRA tratados con CPAPB® entre 2008 y 2012, y otra serie tratada con Vylife® en modo de dos niveles de presión, atendidos entre 2012 y 2015 por SAMU-Asturias. Se recogieron datos demográficos, tratamiento farmacológico, medición de constantes en tres momentos (inicio asistencia, a los 5 y 15 minutos con dispositivo), terapia ventilatoria y duración de asistencia prehospitalaria.

RESULTADOS:

Se incluyó un total de 90 pacientes tratados con CPAPB® con edad media de 75,5 (DE 8,5) años y 39 pacientes tratados con Vylife® con una media de edad de 76,1 (DE 10,0) años. Hubo significativamente más hombres tratados con CPAPB® que con Vylife® (63,3% vs. 41,0%, $p = 0,019$). El Salbutamol y Bromuro de Ipratropio fueron significativamente más utilizados durante el tratamiento con CPAPB® que con Vylife® ($p = 0,048$ y $p = 0,043$ respectivamente). Con respecto al momento inicial, se observó mejoría significativa en la evolución de constantes a los 5 y 15 minutos (frecuencia respiratoria y cardiaca, saturación parcial de oxígeno y presiones arteriales) con ambos dispositivos. No se encontraron diferencias entre modalidades, aunque el tiempo medio de asistencia resultó superior para la CPAPB® ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Los dispositivos portátiles de soporte ventilatorio no invasivo para el manejo precoz de IRA producen mejoría significativa en las constantes evolutivas. En el análisis prehospitalario no se encontraron diferencias clínicas significativas entre ambas modalidades. El dispositivo Vylife®, con dos niveles de presión, consigue efecto clínico favorable más rápido, siendo la terapia farmacológica nebulizada menos administrada con este sistema.

O-2798

¿MEJORA LA VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA PREVIA EL PRONÓSTICO DE LAS AGUDIZACIONES EN PACIENTES RESPIRATORIOS?

M Piñero Zapata (1), C Cinesi Gómez (2), E Legaz Moreno (3), I Expósito Coll (3)

(1) Facultad de Enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). (2) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (3) Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de la Región de Murcia

PALABRAS CLAVE: ventilación no invasiva-tratamiento domiciliario-insuficiencia respiratoria**OBJETIVOS:**

Averiguar si los pacientes que son tratados con ventilación mecánica no invasiva domiciliaria mejoran su pronóstico de mortalidad intrahospitalaria cuando son ingresados por agudización de su problema respiratorio.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó un estudio tipo cohorte retrospectiva en el que fueron incluidos 191 pacientes que habían sido ingresados de forma consecutiva durante el año 2013 en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia a través de su Servicio de Urgencias y que fueron tratados con VMNI en dicho servicio por padecer insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada.

RESULTADOS:

El porcentaje global de exitus intrahospitalario fue del 16,8%. Los pacientes que recibían tratamiento habitual con VMNI en su domicilio fueron 47, es decir, un 24,6% del total de pacientes tratados con VMNI en el servicio de urgencias por insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada, y de ellos, sólo el 6,4% fallecieron durante su ingreso hospitalario frente al 20,1% que sufrieron el evento en el grupo de los que no llevaban la VMNI como tratamiento crónico domiciliario ($p < 0,05$), $RR = 0,317$, IC 95% (0,101-0,993). Además, tras un análisis multivariante mediante regresión logística binaria, esta variable se mantuvo en la ecuación de forma estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES:

La VMNI domiciliaria como tratamiento habitual para pacientes con problemas respiratorios crónicos parece comportarse como factor protector frente a la mortalidad intrahospitalaria cuando son ingresados en el hospital por agudización de su proceso.



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

O-2806

FIABILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA TRANSCUTÁNEA COMO INDICADOR DE LA EFICACIA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

SM García Álvarez, JM Fouce Fernández, FJ García Vega,
P Giráldez Martínez, CM Rial Mosteiro, S Rodríguez Justo,
E García Villar

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

PALABRAS CLAVE: capnografía transcutánea-ventilación mecánica no invasiva-fallo respiratorio agudo

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es determinar la fiabilidad de la capnografía transcutánea como indicador de eficacia de ventilación.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Cuarenta y nueve pacientes con fallo respiratorio agudo a los que se les trató con VMNI fueron incluidos en el estudio. Todos fueron monitorizados mediante capnografía transcutánea y a todos se les tomó muestra de gasometría arterial al inicio de la monitorización y una hora después. La correlación entre la PtcCO₂ y la PaCO₂ se obtuvo mediante el índice de correlación intraclase para medidas individuales para un factor de efectos aleatorios. La representación gráfica de las mismas se realizó mediante el análisis de Bland-Altman. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20 y, como grado de significación estadística se utilizó $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Se obtuvo una correlación intraclase de los valores de pCO₂ por ambas técnicas de 0,921 (IC 95%: 0,865 a 0,955), que se puede considerar alta ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Los valores de PCO₂ obtenidos por capnografía transcutánea son válidos y pueden servir de rápido indicador para predecir problemas y fracasos en la ventilación no invasiva, de forma no cruenta y en tiempo real, facilitando el ajuste de los parámetros ventilatorios. Nos encontramos ante una gran alternativa a las gasometrías arteriales de control o, por lo menos, reducir el número de las mismas, minimizando costes y posibles complicaciones a los pacientes.

P-2790

¿POR QUÉ NO POR LA NARIZ?

N Fernández Vidal, J Mateos Lorenzo

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia. Base 061 Foz

PALABRAS CLAVE: administración intranasal-personal de enfermería-urgencias médicas

OBJETIVOS:

Describir la técnica de administración IN, mostrar las ventajas de la misma y las complicaciones. Conocer los principales medicamentos y sus efectos adversos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline y Merguillador de estudios relacionados con la administración intranasal de medicación en emergencias.

RESULTADOS:

La vía IN es una vía alternativa a otras invasivas como la IV, al ser de acceso rápido y sencillo permite administración inicial de analgesia, control de ansiedad y de síntomas en convulsiones, pacientes agitados, riesgo de compromiso vital etc. Es bien tolerada en niños y puede ser utilizada independientemente del nivel de conciencia. Fármacos indicados: fentanilo, midazolán, ketamina, naloxona, flumacénilo, haloperidol. Lo ideal son volúmenes entre 0,2 y 0,3 ml por fosa nasal, pero se puede administrar hasta 1 ml (a menor volumen, mayor optimización de la absorción). Por falta de medicaciones suficientemente concentrados puede ser necesario dividir la dosis. La técnica es sencilla, consiste en cargar el volumen deseado, añadirle 0,1ml para ocupar el espacio muerto, eliminar el aire residual y conectar el dispositivo atomizador a la jeringa, (consigue partículas de 30 a 100 micras). La punta del dispositivo se introduce en una fosa nasal donde se administra la mitad del volumen deseado, la otra mitad se aplica en la segunda fosa nasal. El efecto secundario más común es la irritación nasal, también puede aparecer lagrimeo, mal sabor y en algunos casos sensación de quemazón. Estaría contraindicado el uso de medicación IN si el paciente es alérgico, si presenta epístaxis, trauma facial, rinitis?

CONCLUSIONES:

La vía IN supone una ventaja en situaciones de emergencia, es más rápida de administrar, tiene efecto sistémico y no requiere técnica estéril ni habilidades prácticas importantes.





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

P-2791

BENEFICIOS DE UNA SEDACIÓN NO CONTINUADA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON UNA VÍA AÉREA ARTIFICIAL

S Riesgo Álvarez (1), M Menéndez Fernández (1), JM Suárez García (2), X Carballo Vigil-Escalera (3), A Maestro González (4), D Zuazua Rico (4)

(1) Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Área II. (2) SESPA. Área IV. (3) SESPA. Área VIII. (4) SESPA. Área V

PALABRAS CLAVE: conscious sedation-intensive care units-respiration artificial

OBJETIVOS:

Conocer los beneficios en lo que refiere al uso de una sedación más ligera en los pacientes sometidos a ventilación mecánica en las Unidades de Cuidados Intensivos.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica en los últimos 10 años (bases de datos: Pubmed, Web of Science) con los respectivos descriptores de búsqueda, en la que se pretendió obtener información acerca de los beneficios del empleo de una sedación no continuada en los pacientes críticos con ventilación mecánica.

RESULTADOS:

La ventilación mecánica invasiva (VMI) constituye el tratamiento primario utilizado para proporcionar apoyo respiratorio a los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Tradicionalmente la VMI se ha empleado bajo el efecto de la sedación continuada, lo que significa una total abstracción del paciente. Esta práctica depara un traumático despertar documentado en la literatura científica, tanto por los efectos adversos de los medicamentos sedantes como por las implicaciones psicológicas, por ello los últimos estudios se han centrado en la investigación sobre los beneficios de una sedación no continuada. Ésta se define como una depresión de la conciencia en la que el paciente responde de forma voluntaria a estímulos verbales o ligeramente a táctiles. En la actualidad, el nivel óptimo de sedación está siendo gran objeto de debate: ya que diversos autores señalan una puntuación de 3 a 4 en la escala de Ramsay, considerando que a este nivel ya se producen numerosos beneficios como una menor duración de la VMI directamente relacionados con la disminución del tiempo de estancia en la UCI y de los riesgos de aparición de complicaciones, así como también de elevadas reacciones positivas por parte del personal sanitario.

CONCLUSIONES:

El uso de una sedación no continuada en pacientes con una vía aérea artificial supone importantes beneficios para éstos a la hora de su recuperación, reduciendo tanto la permanencia en las unidades de críticos como la aparición de posibles efectos adversos en su recuperación.

P-2794

APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO PORTÁTIL DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO VYLIFE® EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMERGENCIAS

J Cela Galván (1), JA García Fernández (2), A Lana Pérez (3), P Herrero Puente (3), E Fernández Fernández (4), I Pérez Regueiro (5)

(1) SESPA. (2) Médico de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Profesor Asociado de la Universidad de Oviedo. (3) Profesor Universidad de Oviedo. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. (4) Facultativo de Emergencias en SAMU-Asturias. (5) Enfermera en SESPA

PALABRAS CLAVE: insuficiencia respiratoria-ventilación no invasiva-emergencias

OBJETIVOS:

Describir la evolución clínica de una muestra de pacientes con IRA tratados con el dispositivo Vylife® por un Servicio de Asistencia Médica Urgente (SAMU).

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos por SAMU-Asturias entre marzo de 2012 y fin de 2015, que recibieron tratamiento pre-hospitalario por IRA con el dispositivo Vylife® con dos niveles de presión. Se recogieron variables demográficas, tratamiento farmacológico, constantes vitales en tres momentos (basal, a los 5 y 15 minutos tras colocación del dispositivo) y duración de la asistencia.

RESULTADOS:

El dispositivo Vylife® se aplicó a 101 pacientes. El 55,4% eran hombres y la edad media fue $74,7 \pm 11,1$ años. El 41,6% presentaban IRA por edema agudo de pulmón. La técnica fracasó en 7 pacientes (6,9%): 1 éxitus y 6 intubados. La furosemda (65,3%) y el salbutamol (48,5%) fueron los fármacos más utilizados. Las diferencias entre constantes basales y posteriores a 5 minutos resultaron estadísticamente significativas respecto a: frecuencia respiratoria ($p = 0,015$), relación entre Saturación Parcial de O₂ y FiO₂ (SaFi) ($p < 0,001$) y la Presión Arterial Sistólica ($p = 0,022$). La evolución de constantes a los 15 minutos respecto a los 5 minutos, resultó significativa para la Saturación de O₂ ($p = 0,016$), frecuencia cardíaca ($p = 0,028$), Presión Arterial Sistólica ($p < 0,001$) y Diastólica ($p = 0,001$). La duración de asistencia fue de $33 \pm 10,78$ minutos.

CONCLUSIONES:

Dada la evolución clínica favorable de los pacientes de este estudio, el dispositivo Vylife® es un sistema bien tolerado, efectivo y útil como tratamiento no farmacológico de la IRA en urgencias extrahospitalarias.





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

P-2797

**PUNCIÓN ARTERIAL: ¿CON O SIN CLORURO DE ETILO?
ESTUDIO ALEATORIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS****JM Amores Ampuero***Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid***PALABRAS CLAVE:** punción arterial-cloruro de etilo-gasometría**OBJETIVOS:**

El objetivo principal es evaluar la efectividad del cloruro de etilo como anestésico local frente a la no aplicación de anestésico en las arteriales en pacientes mayores de 16 años.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Se propuso el presente estudio aleatorio controlado prospectivo. La N total fue de 47 individuos. Tras la firma y consentimiento del sujeto para participar, se descartó alergia a los anestésicos locales y posteriormente se realizó la técnica. Procedimiento: 1. Realizar lavado de manos y uso de guantes. 2. Limpiar la zona con clorhexidina al 2%. 3. Aplicar cloruro de etilo a 30 cm de la piel hasta que la zona tenga un aspecto blanco y endurecido. 4. Realizar la punción. 5. Mostrar imagen de la escala EVA (0-10) para valoración del dolor post-punción. 6. Registrar los datos. Criterios de exclusión: 1. Menor de 16 años. 2. Alergia a los anestésicos locales. 3. Deterioro cognitivo. 4. Situación de emergencia. 5. Test Allen negativo.

RESULTADOS:

La media aritmética de dolor para el grupo intervención (con cloreto) fue 2,33 y para el grupo control (sin cloreto) 4,42. La media de edad fue 73 años para ambos, con rango de 35-90 años. Tras analizar los resultados mediante T-Student, se corroboró que la disminución de dolor aplicando cloruro de etilo fue estadísticamente significativo, con $p < 0,001$. Se analizó mediante una T-Student si existían diferencias significativas de dolor por género en los dos grupos, sin ser estadísticamente significativo para esta muestra.

CONCLUSIONES:

Se puede concluir que la aplicación de cloruro de etilo en la punción arterial reduce la intensidad y grado de dolor de manera considerable, observándose un dolor leve (2,33 sobre 10) a los que se les aplicaba y un dolor moderado (4,42 sobre 10) a lo que no. No existen diferencias en intensidad y grado de dolor para la muestra de este estudio entre hombres y mujeres.

P-2799

**PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN VENTILACIÓN MECÁNICA
NO INVASIVA DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE
URGENCIAS Y SEMICRÍTICOS****E Gil Casado, JM Pereira Butjosa, MP Molist Sanz, P Medina Vallet,
P Jose María de la Casa***Hospital de Mollet. Barcelona***PALABRAS CLAVE:** ventilación no invasiva-enfermería-competencias**OBJETIVOS:**

Conocer la percepción de las competencias de los profesionales enfermeros de los servicios de urgencias y semicríticos en relación a la VMNI. Identificar las áreas de mejora relacionadas con la VMNI.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo. La muestra incluye a los profesionales de urgencias y SMC. Se ha elaborado una encuesta con cuestiones relacionadas con conocimientos sobre la técnica y proceso de registro de cuidados, interés en recibir formación y áreas en las que están interesados en recibirla. Se ha dejado un espacio de comentario abierto para recoger sugerencias. Para la recogida y explotación de datos se ha creado una base de datos access.

RESULTADOS:

El 92,8% de los profesionales han atendido a una persona con VMNI a pesar de que al 33,92% afirma no sentirse seguro. El 89,28% dice conocer los cuidados enfermeros y el 80,35% sabría identificar complicaciones. El 25% no conoce la existencia del grupo de trabajo en VMNI. El 85% dice conocer el registro aunque el 33,92% no sabría dónde guardarlo. El 44,64% no ha recibido formación específica en VMNI y al 98,21% querría recibirla. El 66% considera importante recibir formación en las tres áreas de interés propuestas. El 50% de los comentarios recogidos refieren que la formación es necesaria desde la institución.

CONCLUSIONES:

Los profesionales enfermeros del servicio de urgencias y semicríticos son conscientes de la necesidad de recibir formación continuada en todas las áreas relacionadas con la VMNI. Dado el elevado número de indicaciones de VMNI la formación debería ser impartida o facilitada por la institución dentro del plan formativo.





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

P-2805

TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NASALES
EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
AGUDA Y ORDEN DE NO INTUBACIÓN

B Brouzet, JM Carratala Perales, I Dapena Romero,
B Espinosa Fernández, A Gil Rodrigo, P Llorens Soriano

Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: high flow nasal cannula-acute respiratory failure-elderly patient

OBJETIVOS:

Conocer la respuesta clínica, gasométrica y mortalidad tras terapia con HFCN de 68 pacientes ancianos con ONI e IRA de diferentes etiologías con disnea y/o hipoxemia refractaria tras 24 horas de tratamiento con O₂ convencional y una FI_{O2} 35%.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo observacional de 68 pacientes ancianos con ONI tratados con HFCN, su respuesta clínica/gasométrica (60-120m y 24 h), mortalidad, fracaso de la técnica (necesidad de VNI) y reingreso. Se excluyen los pacientes con criterios de VNI y los que la rechazan de inicio.

RESULTADOS:

Son pacientes ancianos (84 ± 6,26 a), pluripatológicos (Charlson 4,79 ± 9,17. HTA/ICC/FA/ERC/EPOC/Anemia/ferropenia), dependientes (Barthel 52,41 ± 19,53). Las causas más frecuentes de IRA fueron, Insuficiencia cardiaca aguda, EPOC exacerbado y neumonía. Un 33,82% fueron tratados con HFCN por intolerancia a VNI. El destino más frecuente fue la unidad de corta estancia. Hubo mejoría significativa en la escala de disnea (6,94 ± 0,86/4,67 ± 0,85), frecuencia respiratoria (28,91 ± 2,84/23,57 ± 2,45), SpO₂ (87,9 ± 3,48/95,27 ± 2,35) y confort (4,97 ± 0,91/7,47 ± 0,83) desde inicio y a las 24 h del tratamiento. Fue significativa la mejoría gasométrica, PAO₂/FI_{O2} (210,68 ± 34,55/290,34 ± 42,02) y lactato (2,23 ± 1,69/1,78 ± 0,55) sin afectar de forma relevante a pH (7,36 ± 0,04/7,42 ± 0,05) y PaCO₂ (46,26 ± 9,56/49,38 ± 8,27). Fallecieron 23 pacientes (33,8%), 7 ingresados, 12 al mes, 2 a los 60 días y 1 a 90 días. Fracasó la técnica en 7 pacientes, 3 por intolerancia (calor) y 4 por progresión de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

La terapia con HFCN puede ser una buena opción para el tratamiento de la IRA y sobre todo en pacientes ancianos con ONI ya que ofrece eficacia y confort para un grupo de pacientes donde la intolerancia a la VNI es frecuente. ES por ello que debe ser conocida por el urgenciólogo e incorporada a los SU.

P-2807

UTILIDAD DEL VIDEOLARINGOSCOPIO EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS

A Beltrán Sánchez (1), J Millán Soria (1), C Pérez García (2),
M Carbonell Soriano (2), FJ Salvador Suárez (3), A Medina Salom (1),
JC Montalvá Barra (2)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. (2) Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva, Valencia. (3) Hospital Francesc De Borja. Gandía, Valencia

PALABRAS CLAVE: intubación endotraqueal-vía aérea-medicina de urgencias y emergencias

OBJETIVOS:

Valorar el manejo de la IOT con videolaringoscopia (VLA) en médicos de urgencias sin entrenamiento adicional comparado con la LA.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo transversal realizado con médicos de urgencias voluntarios a partir de dos años de experiencia y con conocimiento de la IOT con LA y que no hayan utilizado el VLA. Se recogieron las variables: tiempo preparación del material, de inserción tubo orotraqueal, calidad visión glótica, éxito IOT, grado de satisfacción, utilidad y complejidad del dispositivo utilizado. Realizando su análisis con estadísticos descriptivos.

RESULTADOS:

La experiencia laboral de los 18 voluntarios fue entre 2 y 36 años con una mediana de 9. En todos los casos se consiguió la IOT. El tiempo de preparación del LA con 7 segundos de media mientras VLA de 26, el tiempo de inserción osciló en ambos dispositivos entre 10-70 segundos, con una media de 36 segundos en LA y de 35 segundos en VLA. Ambos dispositivos fueron clasificados de igual complejidad y mismo grado de satisfacción. La calidad de la visión fue mayor con el uso del videolaringoscopio siendo clasificado con mayor grado de utilidad (9 puntos de media).

CONCLUSIONES:

A pesar de carecer de formación específica en estos dispositivos y de precisar más tiempo en su preparación, los participantes perciben una mayor visibilidad de la vía aérea y utilidad, siendo necesario ampliar el tamaño muestral para extrapolar los resultados y valorar la relación entre las variables de ambos grupos.



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

P-2809

UN DOLOR FARÍNGEO ATÍPICO

**Y Dubrava Dubrava, N Galán Iguacel, I Uria Paumard,
H Miguel Alcalde, A González Moreno, E Ruiz Ortiz,
I Uldemolins Gómez**

Complejo Asistencial de Soria

PALABRAS CLAVE: intubación-úvula-necrosis

OBJETIVOS:

La necrosis de úvula es una rara complicación tras la intubación, que puede ocurrir sin necesidad de traumatismo directo durante la intervención.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Mujer de 38 años que acude a urgencias por odinofagia y sensación de cuerpo extraño en orofaringe, que aumenta con la deglución, sin otra clínica asociada de 2 días de evolución. Refiere esta sintomatología de forma progresiva desde el postoperatorio inmediato de una ligadura de trompas, con intubación orotraqueal.

RESULTADOS:

A la exploración, úvula no elongada, edematizada, de color grisáceo-negruzco, con fibrina y signos de necrosis en la punta con deglución conservada. El resto de la exploración fue anodina. En sus antecedentes constaba 2 días antes, una ligadura tubárica bilateral por laparoscopia bajo anestesia general, con una intubación sin complicaciones, utilizando un tubo orotraqueal no anillado de 7,5 mm de diámetro. El tiempo de intubación fue de 70 minutos. Previo a la extracción del tubo se aspiró secreciones con tubo de Yankauer. Se pautó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, antibioterapia, corticoterapia y seguimiento por otorrinolaringología. La evolución fue favorable.

CONCLUSIONES:

La necrosis de úvula, aunque infrecuente, puede aparecer en pacientes con dolor faríngeo prolongado tras una intubación orotraqueal. La presión que ejerce sobre la úvula un tubo endotraqueal colocado en la línea media, puede comprometer el suministro sanguíneo causando ulceración isquémica. Otra posible causa de edema y necrosis isquémica sería al quedar la úvula atrapada en la cánula de succión durante la extubación. El tratamiento es conservador mediante el uso de analgésicos, corticoides y/o adrenalina tópica. El tratamiento antibiótico es controvertido, aunque se recomienda usar antibióticos de amplio espectro para evitar sobreinfección. En la mayoría de los casos la porción necrosada se desprende espontáneamente, sin dejar secuelas fisiológicas ni funcionales, sólo estéticas. El pronóstico es bueno, con recuperación en 2-3 semanas. El posicionar el tubo lateral a la úvula tras la intubación puede ayudar a prevenir esta complicación.

A-2789

ALGORITMO VMNI PARA UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**AY Fernández Menéndez, M Del Valle Fernández, J Orviz Rivera,
A García Bértolo, A Fernández López**

Hospital Valle del Nalón. Langreo, Asturias

A-2793

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CPAP BOUSSIGNAC EN LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

**N Rodríguez Tejada (1), A Rodríguez Trujillo (1),
T Navarro Morales (2)**

(1) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Área Sanitaria de Osuna. Sevilla. (2) Hospital de Alta Resolución Alcalá la Real. Empresa Pública Alto Guadalquivir



CAPÍTULO 14

CASOS CLÍNICOS



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-5

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ECOCARDIOGRAMA DE URGENCIA COMO ELEMENTO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**L Martínez Fernández, C Corros Vicente, R Lorca Gutiérrez, L Junquera Vega, JJ Bande Fernández, D García Iglesias, C Morís de la Tassa***Hospital Universitario Central de Asturias***PALABRAS CLAVE:** aortic aneurysm-echocardiography-chest pain**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 70 años, hipertenso, trasladado en helicóptero por el servicio de emergencias con sospecha de síndrome coronario agudo. El paciente se encontraba en una zona de difícil acceso por carretera y avisó al 112 refiriendo dolor torácico intenso y sensación nauseosa. Ya en urgencias el paciente se encuentra obnubilado, hemodinámicamente inestable (TA 70/40), mal perfundido. Se objetiva en ECG: RS con descenso de ST de 5 mm V2-V6, I, AVL, II, III y AVF con ascenso de ST en AVR. Se realiza ecocardiograma transtorácico: VI sin alteraciones de la contractilidad, en cavidad ventricular flap procedente de la aorta con insuficiencia aórtica moderada sin poder visualizarse adecuadamente la aorta ascendente. Las cavidades derechas son normales y no se observa derrame pericárdico. Dados los hallazgos se solicita angioTAC emergente y se avisa a Cirugía Cardíaca. Se inicia tratamiento vasoactivo y se traslada al paciente inmediatamente a radiología, donde presenta desaturación que precisa intubación y posteriormente bradicardia extrema que impide la realización de angioTAC válido adquiriéndose imágenes sin contraste en fase arterial. En el informe del angio TAC se describe: en la fase sin contraste formación calcífica lineal en la luz del cayado aórtico, así como calcificaciones en la luz de la aorta abdominal craneal a los vasos renales y ambas arterias ilíacas comunes, compatibles con placas de ateroma con desplazamiento de la íntima y por tanto compatible con la sospecha de disección. Aneurisma de aorta ascendente de 5 cm. Signos de edema pulmonar. El paciente finalmente entra en asistolia, y a pesar de RCP avanzada es éxitus en la sala de radiología. Diagnósticos: - Probable síndrome aórtico agudo con posible afectación coronaria. - Shock cardiogénico. Éxitus.

CONCLUSIONES:

En este caso intentamos poner de manifiesto la importancia de la ecocardiografía en el diagnóstico diferencial del dolor torácico en urgencias, sobre todo en el paciente inestable hemodinámicamente, que no permite la realización de otras pruebas de imagen. En este caso nos puede orientar a no iniciar tratamientos perjudiciales para el paciente como sería la antiagregación si pensamos en síndrome coronario y la anticoagulación si sospechamos un TEPA.

P-6

ESCROTO AGUDO Y ECOGRAFÍA TESTICULAR**A Odiaga Andicoechea, P Wunderling Bruggemann, J Iza de Pablo***Urgencias Hospital Gernika. Bizkaia***PALABRAS CLAVE:** testicle-acute scrotum-ultrasonography**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción El escroto agudo (EA) es una urgencia urológica caracterizada por dolor escrotal de aparición brusca, irradiación inguinal, tumefacción escrotal, pudiendo acompañarse de náuseas, vómitos o fiebre. **Objetivo** La utilidad de la ecografía doppler clínica para diagnóstico y tratamiento precoz. **Paciente** Varón de 22 años con fibrosis quística desde los dos meses, afectación pulmonar leve, insuficiencia pancreática y frotis faríngeos persistentes positivos para B.Multivorans y MARSA. Consulta por dolor testicular de aparición brusca, sin relaciones de riesgo sexual. A la exploración teste y epidídimo izquierdo están indurados y aumentados de tamaño, con teste doloroso a la palpación, reflejo cremastérico ausente y signos Gouverner y Phren negativos. En la ecografía el teste izquierdo es hipoecoico y heterogéneo, visualizándose tabiques interlobulares, con tamaño y vascularización aumentados, el epidídimo está engrosado hipervascularizado e hiperecogénico, objetivándose hidrocele no tabicado. El teste derecho tiene una ecogenicidad homogénea, epidídimo no engrosado, sin hidrocele.

CONCLUSIONES:

En el EA la ecografía testicular confirma la torsión del cordón espermático, la detención del flujo venoso obstruye la circulación arterial y muestra ausencia de flujo testicular por ecografía (sensibilidad 90% y especificidad 100%). Definida como una emergencia médica, el tratamiento es quirúrgico mediante detorsión y orquidopexia bilateral, siendo vital realizarlo en las primeras 4-6 horas, pasadas 12 horas hay daños irreversibles en un 80% y a partir de las 24 horas la viabilidad es nula tratándose con orquiectomía. La clínica de fiebre y síntomas urinarios con una analítica y un sedimento urinario alterados además de la ecografía establecen el diagnóstico diferencial con la orquiepididimitis. Si está asociada a la actividad sexual el tratamiento es ceftriaxona 500mg intramuscular con doxiciclina 100mg/12 horas 10 días, si no sospechamos microorganismos de transmisión sexual, E.Coli es el patógeno más frecuente y se pauta Amoxicilina 500/125mg/8 horas 14 días u Ofloxacin 200mg /12 horas 10 días. Además, recomendamos ropa interior ajustada y frío indirecto. En la torsión del apéndice testicular, típica entre 11-12 años, se puede palpar una masa entre testículo y epidídimo, siendo patognomónico la visualización por transluminación de un nódulo azulado en polo superior testicular. En la ecografía el flujo testicular es normal y su tratamiento son AINES con analgesia.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-7

¿CÓLICO NEFRÍTICO? LAS VENTAJAS DEL ECO DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

V Fernández Menéndez (1), B Castro Ardura (1), A Menéndez Gancedo (1), C Fernández Pereda (2), A Fernández Suárez (1), I Cortina Martínez (1), J Verano García (1)

(1) Hospital Carmen y Severo Ochoa. Asturias. (2) Atención Primaria Valencia

PALABRAS CLAVE: cólico renal-aneurisma-ureterohidronefrosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 85 años, con antecedentes personales de Fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica estadio III y adenocarcinoma de colon intervenido en 2014 entre otros. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, a nivel de espacio vacío izquierdo que se irradia a hipogastrio, de más de 12 horas de evolución, asociado a vómitos biliosos, sin fiebre ni otra clínica acompañante. En la exploración física se objetiva una tensión arterial de 130/70, frecuencia cardiaca 80 lpm, Tª 36.5 °C, Saturación de O2 98%, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, en la exploración abdominal destaca una puño percusión renal izquierda positiva además de dolor a la palpación de hemiabdomen izquierdo, siendo el Blumberg, Murphy y Mc Burney negativos, sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo conservado, en las extremidades inferiores no se objetivan edemas ni signos de Trombosis venosa profunda y los pedios están conservados. En cuanto a las pruebas complementarias solicitadas, destaca hematuria y niveles de creatinina similares a los previos del paciente, la bioquímica básica solicitada y el hemograma eran normales, la coagulación estaba alterada por la toma de anticoagulantes orales. Se solicitó una radiografía de abdomen sin objetivarse alteraciones y se realizó ecodiagnóstico en el servicio de urgencias, en este último se objetivó una ureterohidronefrosis izquierda, además de una imagen anecoica redondeada a nivel distal. Se comenta con el radiólogo de guardia que realiza un escáner al paciente diagnosticándose de Aneurisma de arteria hipogástrica izquierda, con compresión de uréter proximal por lo que el paciente se deriva al Servicio de Vascular de referencia de forma urgente.

CONCLUSIONES:

El cólico nefrítico es una patología muy frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias, suele ser provocado por un cálculo intraureteral, pero no hay que olvidar, que en otras ocasiones, como el caso que se expone, la compresión puede ser externa. Este es un caso más en el que la rapidez del eco-diagnóstico realizado en el servicio de urgencias, aumenta las posibilidades de supervivencia del paciente.

P-10

ECOCARDIOGRAFÍA CLÍNICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DISNEA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

A Gil Rodrigo, M Veguillas Benito, B Brouzet

Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: pericardial effusion-cardiac tamponade-transthoracic echocardiography

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: Emergentes herramientas diagnósticas han contribuido al reconocimiento de derrames pericárdicos, incluso de forma incidental. Una de las causas más frecuentes de derrame pericárdico son las neoplasias, tanto en estadios avanzados como al inicio. Las más implicadas son las de pulmón y mama. El tratamiento lo constituye el drenaje pericárdico y la fluidoterapia en casos de compromiso hemodinámico. Sin embargo, cerca de un 62% recurren durante los 2 primeros años y hasta el 89% fallecen. Paciente: Presentamos el caso de una mujer de 40 años que acude a urgencias por astenia generalizada, disnea de mínimos esfuerzos en la última semana, ortopnea y disminución de la diuresis. Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial, tabaquismo activo y mieloma múltiple IgG/Lambda diagnosticado en los dos años previos, con afectación renal en tratamiento con bicarbonato y darbe-poyetina alfa. Ha precisado dos líneas de quimioterapia con carfilzomib y ciclofosfamida, habiendo recibido la última sesión el mes previo a su consulta. A la exploración destaca TA 120/89 a 81 lpm, F Resp 22 rpm, Sat 100% sin O2 con respiración superficial. Presenta enlentecimiento del relleno capilar, con tonos apagados a la auscultación. Murmullo vesicular conservado y mínimos crepitantes bibasales, asociando edemas pretibiales con fovea. Resultados: En las pruebas complementarias urgentes se evidencia alternancia eléctrica, bajos voltajes en complejos QRS y ondas T. Presenta notable cardiomegalia en radiografía simple y derrame pericárdico circunferencial en ecocardiografía a pie de cama, con colapso de Ventrículo dcho. en diástole. Sin otros hallazgos analíticos de interés. Se inicia fluidoterapia en urgencias y tras control estricto de tensión arterial, se realiza pericardiocentesis diagnóstico-terapéutica en las siguientes horas, obteniendo 1 litro de líquido serohemático con infiltración pericárdica de mieloma múltiple en el estudio citológico. Tras drenaje completo y reestablecimiento de la función cardiaca durante su ingreso, se inicia melfalán y corticoterapia, manteniendo buena evolución, sin recaídas en los meses posteriores.

CONCLUSIONES:

Muchos pacientes oncológicos con clínica sugestiva de taponamiento cardiaco o derrame pericárdico acuden a los servicios de urgencias. El taponamiento cardiaco supone un riesgo vital, que exige diagnóstico y tratamiento inmediato. La ecocardiografía para ello es esencial, evaluando cuantía, localización y compromiso hemodinámico, además de guiar el drenaje. Es por ello por lo que debe ser integrada en la exploración clínica en los servicios de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-11

SÍNCOPE Y DISNEA: SI TIENES ECO, ¡ÚSALO!

W Blanco Pérez (1), LM Román (1), A Morales Rodríguez (2), N Díaz García (1), P Alva García (2), P Gallego Rodríguez (2), S Pérez Antón (2)

(1) Unidad de Ecografía de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Madrid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: TEP masivo-hipotensión-parada cardio-respiratoria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 70 años, sin APP de interés ni ttos previos. Remitida por SUMMA a urgencias por cuadro sincopal súbito (presenciado) mientras iba caminando por la calle. El familiar refiere que tres días antes había sufrido un episodio de mareo por el que no consultó. Examen físico: Paciente obnubilada, reactiva a la estimulación nociceptiva, GCS 9(03V3M3), disnea de reposo con uso de la musculatura accesoria supraclavicular y abdominal, cianosis mixta. Hipotensión (70/40) con mejoría (80/60) tras perfusión de SSF 0,9%. FC: 120 lpm, FR: 28 rpm, Sat.O2 92% con O2 100% (reservorio). Auscultación Cardiopulmonar: MVC, hipoventilación global, tonos cardíacos apagados, sin soplos. Pruebas realizadas en urgencias: ECG (taquicardia sinusal a 120 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización), Rx de tórax normal, Analítica (Glucosa: 335, DDímero: 18667, Creatinina: 1.6, TnI: 0.1, BNP: 481, leucocitos: 12000. No anemia. Gasometría arterial (Oxigenoterapia): con acidosis mixta (pH: 7.08, pCO2: 57, pO2: 51, HCO3: 16.9, lactato 10). Realizamos ecocardiografía y ecografía de sistema venoso profundo de miembros inferiores de orientación clínica, en la que objetivamos cavidades cardíacas derechas dilatadas y acinesia septo-apical. No se aprecia trombosis profunda en los MMII. Evolución: Ante los hallazgos de la ecografía de urgencias y debido a la sospecha de TEP, se realiza Angio-TC tórax evidenciándose: TEP masivo bilateral. Signos de importante sobrecarga derecha, con dilatación de cavidades derechas, desplazamiento de tabique interventricular y reflujo de contraste hacia venas hepáticas y suprahepáticas. Se avisa a UCI (Unidad de cuidado intensivos), y se realiza fibrinólisis (50 mg rTPA en bolo iv), fluidoterapia con soporte inotrópico (adrenalina y dobutamina), bicarbonato, oxigenoterapia a alto flujo. La paciente presenta 3 episodios de AESP (actividad eléctrica sin pulso) de 10 min de duración, que responde a resucitación cardio-pulmonar (RCP) y tto con adrenalina pero vuelve a entrar en asistolia no respondiendo a medidas de RCP avanzada que se mantienen por 60 minutos, declarándose exitus (2.5 horas desde su llegada a urgencias).

CONCLUSIONES:

El TEP masivo puede presentarse con inestabilidad hemodinámica, síncope, disnea e hipoxia grave, y las pruebas de imagen pueden objetivar disfunción ventricular derecha, trombosis del cono de la arteria pulmonar, de las arterias pulmonares principales, de 2 o más arterias lobulares u oclusión de más del 50% del árbol vascular pulmonar. En estos casos de gravedad e inestabilidad, la ecografía a pie de cama aporta al médico de urgencias información vital para la toma adecuada de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

P-14

PERFORACIÓN SUBAGUDA DE VENTRÍCULO DERECHO CON ELECTRODO DE FIJACIÓN ACTIVA. SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

BM Martínez Mengual (1), MJ Amador Tejón (1), ME Méndez Infesta (1), MI Rodríguez Rodríguez (1), OC Fernández Cimadevilla (1), F García Arias (2)

(1) Hospital San Agustín. Avilés, Asturias. (2) Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: perforación-miocardio-marcapasos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 66 años, con antecedentes de lupus discoide e hipotiroidismo subclínico, portadora desde hace un mes de marcapasos bicameral definitivo DDD-R St. Jude (con electrodos de fijación activa) por bradiarritmia secundaria a bloqueo aurículo-ventricular completo. Tras la implantación del dispositivo y con intensidad progresiva comienza con clínica de disconfort retroesternal y epigástrico asociado a rachas de palpitations y episodios presincopales sobre todo con el esfuerzo, motivo por el que acude a Urgencias por segunda vez. Con exploración física normal, en el electrocardiograma la paciente se encontraba en ritmo propio sinusal a 70 latidos por minuto, no presentando alteraciones en analítica y con radiografía de tórax sin cambios respecto al control previo. En la primera consulta de marcapasos no se habían registrado incidencias. Dada la sintomatología se realiza ecocardiografía en Urgencias donde se objetiva leve derrame pericárdico localizado en ventrículo derecho. Tras este hallazgo se sospecha perforación ventricular realizándose tomografía computarizada coronaria urgente que confirma el diagnóstico, visualizándose el extremo del electrodo en la grasa pericárdica por lo que la paciente fue derivada al servicio de Cirugía Cardíaca para su retirada y recolocación en quirófano.

CONCLUSIONES:

La perforación ventricular es una complicación infrecuente en la implantación de dispositivos de estimulación cardíaca, pero desde que se comenzaron a usar, y cada vez más, electrodos con mecanismo de fijación activa de pequeño diámetro, la incidencia ha aumentado al poder producirse tras días o semanas de forma subaguda, o tardía, a partir del mes siguiente a su colocación, siendo más frecuente en mujeres y ancianos debido a que el miocardio es más delgado. La sintomatología puede ser típica, como hemopericardio, taponamiento cardíaco, neumotórax o hemotórax, estimulación diafragmática y pectoral, disfunción de marcapasos al no producirse capturas (la espícula en electrocardiograma no se sigue de QRS o éste cambia de morfología respecto al estimulado en endocardio), atípica o incluso asintomática, lo que retrasa y dificulta el diagnóstico en una patología potencialmente grave. Se ha objetivado taquicardia ventricular si la perforación es intramiocárdica. En este caso la realización de la ecocardiografía en Urgencias fue determinante para la sospecha diagnóstica e indicación urgente de tomografía computarizada para su confirmación.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-17

ROTURA SEPTAL VENTRICULAR

J Linares Gancedo, A García Martín, A Machado Reyes,
A Ortega Lorenzo

Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: rotura septal ventricular-ultrasonografía-infarto del miocardio

INTRODUCCIÓN:

La rotura del septo interventricular es una complicación mecánica del infarto agudo de miocardio que aparece varios después de su inicio. La edad avanzada es un factor de riesgo. El pronóstico es muy grave. La ecografía es fundamental para su detección.

CASO CLÍNICO:

Varón 89 años, en sala de reanimación de Urgencias por disnea aguda. Antecedentes: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tipo enfisematoso. Situación basal: disnea de esfuerzo, independencia para las actividades básicas. Traslado desde domicilio en soporte vital avanzado SVA por taquipnea intensa y taquicardia. Los días previos aumento progresivo de disnea basal. Al ingreso consciente con signos de insuficiencia respiratoria grave. Monitorización inicial Saturación de oxígeno 80%, FiO2 50%, TA 130/80, frecuencia cardíaca 150. Tª 36°. Ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca poco valorable por intensa contaminación acústica, tonos cardíacos rítmicos a 120. Auscultación pulmonar: hipoventilación global. Abdomen depresible sin palpación de masas. Extremidades frías sin edemas, se palpan pulsos distales. Pruebas complementarias a pie de cama: ECG, taquicardia sinusal, muy artefactado. Radiografía de tórax portátil sin datos de congestión pulmonar ni cardiomegalia o ensanchamiento mediastínico. Ecografía multiorgano: Pulmonar: Patrón A bilateral con deslizamiento pleural y ausencia de derrame pleural, descartando el edema agudo pulmonar y el neumotórax. Ecografía venosa de compresión en miembros inferiores: permeabilidad del sistema venoso profundo. Ecocardiografía: Corazón hiperdinámico, contractibilidad global conservada, ausencia de dilatación patológica de cavidades y derrame pericárdico. Llama la atención un defecto septal interventricular con shunt izquierda derecha en sístole demostrable con doppler color desde diferentes ventanas acústicas. Vena cava inferior severamente distendida sin variabilidad con los movimientos respiratorios. Ante estos hallazgos se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos. Analítica: Troponina i 9,8, CPK 108 MB 17,9, GOT 166, GPT 137. ECG control: ritmo sinusal a 70 y supradesnivel del segmento ST en cara inferior y descenso en V2 y V3. Se diagnóstica Infarto agudo de miocardio inferior evolucionado. La evolución es desfavorable en las siguientes 12 horas.

CONCLUSIONES:

La valoración mediante ecografía cambió la sospecha y manejo inicial de un broncoespasmo, diagnosticando una grave complicación del infarto agudo de miocardio.

P-18

MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA. UNA PRESENTACIÓN EN URGENCIAS

J Linares Gancedo, A Machado Reyes, A Ortega Lorenzo,
A García Martín

Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardíaca-ultrasonografía-disnea

INTRODUCCIÓN:

La miocardiopatía no compactada puede tener su primera manifestación clínica en forma de insuficiencia cardíaca aguda. En Urgencias el objetivo es identificar precozmente el fallo cardíaco y optimizar las medidas terapéuticas iniciales. Una ecocardiografía realizada por urgenciólogos se recomienda ante un primer episodio de insuficiencia cardíaca aguda.

CASO CLÍNICO:

Varón 47 años, fumador, consumidor habitual de cannabis y ocasional de cocaína sin otros antecedentes. Consulta por disnea de esfuerzo progresiva de 3 semanas de evolución actualmente de mínimos esfuerzos. Sin mejoría con broncodilatadores y corticoides inhalados. No tos. No dolor torácico. No palpitaciones. Refiere despertarse de madrugada con ansiedad por lo que toma Díazepam. Exploración física: Frecuencia respiratoria 28, SatO2 91%, FiO2 24%, Frecuencia cardíaca 100, TA 100/60, Tª 36°. No ingurgitación yugular. Auscultación torácica: Tonos cardíacos rítmicos. Soplo sistólico mitral. Crepitantes bibasales. Abdomen depresible sin organomegalias. Reflujo hepatoyugular negativo. Extremidades sin edemas. Pruebas complementarias: Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 100. Inversión asimétrica del segmento ST generalizado. Radiografía torácica: Infiltrados alveolointersticiales bilaterales. Líneas B de Kerley. Índice cardiorrespiratorio aumentado por ventrículo izquierdo. Redistribución vascular. Ecocardiografía en urgencias: Contractibilidad global severamente deprimida. Dilatación ventricular izquierda. Insuficiencia mitral demostrable con doppler color. Ecografía pulmonar: Líneas B generalizadas, ligero derrame pleural bilateral. Manejo inicial: Monitorización e inicio de tratamiento deplectivo. Parámetros analíticos habituales sin alteraciones. Interconsulta al Cardiólogo de guardia que ingresa a su cargo por Insuficiencia cardíaca aguda. Permanece en Urgencias evolucionando favorablemente tras retirada de beta estimulantes y corticoides y mantener diuréticos y vasodilatadores. Durante ingreso sin incidencias clínicas, el ecocardiograma transtorácico muestra un ventrículo izquierdo severamente dilatado con disfunción severa y criterios de miocardiopatía no compactada. Insuficiencia mitral severa. El cateterismo cardíaco descartó lesiones de arterias coronarias y cuantificó una fracción de eyección ventricular izquierda del 10%. Actualmente en seguimiento en consulta de Insuficiencia Cardíaca valorando trasplante cardíaco a la espera de realizar Resonancia cardíaca y estudios genéticos.

CONCLUSIONES:

La realización de una ecocardiografía en Urgencias identificó un paciente de elevado riesgo y modificó radicalmente las medidas terapéuticas iniciales.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-19

DISECCIÓN AÓRTICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

CC Carrasco Vidoz (1), C Gimeno Galindo (1), J Herreros Rodríguez (1), R García De Pedro (1), C Fernández Palacios (1), M Sánchez Vicente (2), C Bibiano Guillén (1)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. (2) Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: aortic dissection-síndrome aórtico-ruptura aórtica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 54 años, hipertenso en tratamiento con Enalapril. Acude a urgencias por episodio de dolor lumbar con irradiación a MII, dolor en ingle izq, parestesia, pérdida de fuerza frialdad y palidez de MII, que dura 3 hrs, se añade malestar general, palidez cutánea, sudoración intensa. Avisan al SUMMA presentando TA:90/50, FC 85, sudoración y palidez cutánea. En urgencias asintomático con TA 100/63 FC 81 lpm. Exploración neurológica completamente normal, con fuerza y sensibilidad de MII conservada y normal. Marcha conservada. No dolor abdominal, puño percusión renal negativa, pulsos femorales y pedios conservados y simétricos. En TAC Craneal: enfermedad de pequeño vaso y en analítica leucocitosis de > 20 mil con desviación izq que luego mejora a 16 mil, creatinina de 2.04 mg/dl que tras hidratación mejora a 1.12 mg/dl con PCR de 22 a 89. CPK de 393U/L (39.0 - 308.0), con troponina normal. Sin anemia. Orina con hematías y resto normal A las 24 hrs de iniciado el cuadro, dolor precordial irradiado a región interescapular que aumenta con la inspiración profunda con ECG seriados normales. Rx de tórax y abdomen normales. A pesar de que la exploración es normal salvo TA:218/110, FC 68 lpm, analizando el inicio del cuadro y la evolución se decide solicitar TAC vascular para descartar disección aórtica. En TAC vascular: disección aórtica con afectación de la aorta ascendente y la aorta descendente (tipo A de Stanford, tipo I de De Bakey), que se extiende hasta el origen de las arterias ilíacas comunes. Disección en el origen del tronco celiaco, sin apreciar signos de afectación de las arterias hepática, arteria esplénica ni arterias izquierdas. No disección de troncos supraaórticos, de aorta mesentérica superior, arteria mesentérica inferior ni arterias renales. Según resultados se deriva a hospital de 3º nivel para tratamiento quirúrgico urgente que se realiza exitosamente y supervivencia del paciente a un año de la cirugía.

CONCLUSIONES:

La disección aórtica es una urgencia vital, muy difícil de diagnosticar y frecuentemente solo puede ser una sospecha del médico. Su clínica tiene mil caras, en este caso la exploración no era muy compatible pero la anamnesis y la sospecha clínica han permitido el diagnóstico.

P-20

DERRAME PERICÁRDICO, UN ENIGMA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

AE Pérez Díaz (1), S López Zacarez (1), A Fernández López (1), C Pérez Díaz (2), M Boksan (1), M García Aroca (1), P Martínez Díaz (1)

(1) Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. (2) Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: pericardial effusion-pericarditis, constrictive-pericardiocentesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 56 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por disnea de esfuerzo progresiva hasta hacerse de mínimos durante las últimas 2-3 semanas, acompañado de sensación de opresión retroesternal alta y distensión abdominal. La noche previa presentó un episodio de disnea paroxística nocturna. Refiere además cuadro catarral al inicio del proceso por lo que estuvo tomando antibiótico sin notar mejoría. A la exploración presenta buen estado general, con adecuadas cifras tensionales, sin fiebre. A la auscultación taquicárdica a unos 105-110 latidos y crepitantes en base derecha. Extremidades inferiores con mínimos edemas. Ante la sospecha clínica inicial de una insuficiencia cardíaca de inicio, se solicita ECG que muestra una taquicardia sinusal y disminución generalizada de los voltajes y analítica con marcadores de daño miocárdico y NT-proBNP normales, PCR 2.8 y discreta leucocitosis con desviación izquierda. En la placa de tórax, llama la atención un aumento muy marcado de la silueta cardíaca en ?tienda de campaña?. Ante la alta sospecha clínica de derrame pericárdico, se realiza ecocardiografía no reglada en urgencias que muestra un derrame pericárdico muy severo con datos de compromiso hemodinámico (colapso diastólico de cavidades derechas y variaciones respirofásicas > 25%)?

CONCLUSIONES:

Aunque el paciente mantenía estabilidad clínica en todo momento, se decide contactar con la UCI para realización de pericardiocentesis urgente debido a los datos ecocardiográficos de taponamiento cardíaco con extracción de 1200 cc de líquido amarillento y colocación de drenaje del que posteriormente se extraen otros 1000 cc de líquido de idénticas características durante las 48 horas siguientes. Posteriormente el paciente quedó ingresado a cargo de cardiología para estudio con persistencia de la clínica los primeros días. Tras realización de ecocardiografía de control en planta esta mostraba datos de constricción, sospechando entonces que pudiera tratarse de un síndrome efusivo-constrictivo, aunque finalmente el paciente evolucionó de forma satisfactoria. Tras realización de estudio completo con autoinmunidad y análisis tanto microbiológico como para células neoplásicas del líquido pericárdico con resultado negativo, el paciente fue dado de alta con ibuprofeno en dosis descendentes y colchicina por tratarse seguramente de un derrame secundario a una pericarditis constrictiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-21

MUJER JOVEN CON FIEBRE Y DOLOR EN FOSA RENAL DERECHA:
NO TODO ES LO QUE PARECE

AA Oviedo García, FJ Luque Sánchez, M Algaba Montes

UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: liver abscess-ultrasound-emergency

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 20 años sin antecedentes de relevancia, que acude a urgencias por tercera ocasión al presentar dolor en fosa renal derecha, que persiste tras tratamiento analgésico y se etiquetó inicialmente como cólico nefrítico derecho, en los últimos días se ha añadido fiebre de hasta 38,5 °C y empeoramiento de su estado general. En la visita anterior se realizó una ecografía renal que no mostró hallazgos de interés. Presentaba mal estado general, afectada por el dolor, con tensión arterial 80/35 mmHg, febril con 38,5 °C, taquicárdica y taquipneica. Abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal y con peristalsis conservada. Puñopercusión renal derecha positiva. Realizamos una ecografía clínica a pie de cama, que mostró una lesión compleja, heterogénea, mal definida en lóbulo hepático derecho, anecoica, y material ecogénico interior, de 46,7 x 5,38 mm, compatible con absceso hepático a este nivel, junto con derrame pleural derecho moderado, confirmado posteriormente mediante TAC abdominal. Finalmente la analítica mostró una leucocitosis de 19.710 con neutrofilia (92%), PCR 230 (1-5), pH 7,10 con lactato 11. La evolución tras iniciar antibioterapia precoz tras extracción de hemocultivos, y ulterior drenaje percutáneo del mismo, fue satisfactoria, con resolución del cuadro, quedando asintomática y siendo dada de alta a los 17 días del ingreso.

CONCLUSIONES:

Los abscesos hepáticos son patologías infrecuentes, pero letales sin un diagnóstico y tratamiento precoz, basándose este en antibioterapia y drenaje percutáneo tras cultivo. En el caso presentado la realización de una ecografía clínica global, no únicamente renal, a manos del médico de urgencias en el que se integraban todos los datos de anamnesis, de exploración y ecográficos estableció el diagnóstico final con certeza. La ecografía clínica *in situ*, a pie de cama del paciente 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.

P-22

PACIENTE SÉPTICA Y LA IMPORTANCIA DE *POINT OF CARE*
ULTRASOUND EN URGENCIAS

AA Oviedo García, FJ Luque Sánchez, M Algaba Montes

UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: emphysematous cholecystitis-ultrasound-emergency

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 72 años, diabética, que consulta por dolor en hipocondrio derecho de una semana de evolución, más intenso en las últimas 48 horas, irradiado a región epigástrica, con cuadro vagal asociado, y fiebre de hasta 39 °C. Presentaba mal estado general, sudorosa, febril, hipotensa, taquicárdica y taquipneica. Abdomen globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y Murphy positivo. Dada la mala situación clínica de la paciente, con datos de gravedad, al mismo tiempo que se extraen analíticas y se inicia soporte hemodinámico, el médico de urgencias le realiza una ecografía clínica a pie de cama observando una vesícula distendida, de pared engrosada, con ecos en su interior que dejaban sombra acústica, junto a aire en la pared de la misma, y líquido perivesicular compatible con colecistitis aguda complicada, una colecistitis enfisematosa (CE). Se iniciaron medidas de soporte hemodinámico intensivas, antibioterapia empírica precoz y se indicó cirugía urgente. Todo ello permitió una evolución favorable con alta, tras ingresar en UCI, en 7 días sin complicaciones posteriores.

CONCLUSIONES:

La colecistitis debe ser distinguida de otras entidades más benignas como el cólico biliar, que presenta el mismo tipo de dolor. La existencia de fiebre, leucocitosis con neutrofilia, y elevación de PCR nos hacen sospechar la existencia de una colecistitis. La confirmación del diagnóstico debe realizarse mediante ecografía. La CE es una rara entidad que representa el 1% de todas las colecistitis, con clínica indistinguible, pero con un peor pronóstico (25% mortalidad) y mayor número de complicaciones. Es causada por una infección secundaria de la pared de la vesícula por microorganismos productores de gas, como *Clostridium Welchii*. Por tanto, la CE es una entidad con alta morbilidad y mortalidad, por lo que requieren un diagnóstico ágil y dinámico, que permitan un manejo adecuado para evitar en la medida de lo posible las complicaciones. El uso de la ecografía clínica en urgencias nos permite un diagnóstico rápido, versátil, e integral junto con la clínica, la exploración y los datos analíticos, lo que nos facilita un tratamiento adecuado de inicio, siendo esto vital para una buena evolución de nuestros pacientes.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-23

POINT OF CARE ULTRASOUND EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

M Algaba Montes, AA Oviedo García, FJ Luque Sánchez

UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: venous thrombosis-ultrasound-emergency

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 78 años, que había sido dada de alta del servicio de traumatología 6 días antes, tras sufrir una fractura de cadera y precisar implantación de una prótesis total de cadera. Se encontraba en tratamiento con Bemiparina 3500 sc/24 h. La traía su hija a urgencias derivada por su médico de cabecera, por sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP), al presentar gran tumefacción en el muslo derecho en los últimos 2 días. El miembro afecto se encontraba claramente aumentado de diámetro en comparación con el contralateral, sin datos inflamatorios locales, con pulsos conservados y con buen estado de la herida quirúrgica. Realizamos ecografía clínica, observando permeabilidad y compresibilidad del sistema venoso profundo del miembro afecto, pero se objetivó una imagen anecogénica, grande, irregular, a nivel subcutáneo que abarcaba la casi totalidad del muslo derecho. Reinterrogamos a la hija, que reconoció que le daba pena? inyectar la heparina siempre en el abdomen y que los últimos días se lo administraba en la cara ventral del muslo, concluyéndose tras la realización de la ecografía que se trataba de un hematoma subcutáneo extenso por inyección de heparina de bajo peso molecular. Explicamos a la hija la técnica de punción, se puso a la paciente un vendaje compresivo y se evitó el ingreso de una paciente frágil y recién operada con el único fin de para descartar Trombosis Venosa Profunda. La paciente evolucionó sin incidencias ni complicaciones y en la actualidad realiza una vida plena y autónoma.

CONCLUSIONES:

Como podemos ver en el caso que presentamos, la ecografía es rápida, indolora y fiable en el diagnóstico de este tipo de patologías. Creemos que el urólogo debe adquirir nuevas destrezas, como la ecografía, que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello se deriva. Para finalizar, nos gustaría concluir, afirmando que la ecografía en manos del urólogo podría facilitar el diagnóstico de patologías tromboembólicas y musculoesqueléticas a pie de cama del paciente en urgencias, evitando graves consecuencias, aportando mayor seguridad clínica al paciente y ahorrando costes a los sistemas sanitarios públicos.

P-24

UTILIDAD DE POCUS EN LA PUERTA DE TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS

M Algaba Montes, AA Oviedo García, FJ Luque Sánchez

UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: musculoskeletal diseases-ultrasound-emergency

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 44 años, sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor y tumefacción de la pantorrilla del miembro inferior izquierdo, tras jugar al padel el día antes, y en una arrancada notar un chasquido y dolor intenso en la zona gemelar del miembro inferior con el que realizaba el empuje. El miembro afecto se encontraba tumefacto y doloroso. Realizamos ecografía a pie de cama observando una imagen anecogénica en el espesor del músculo gastrocnemio medial, junto con una pérdida de la ecogenicidad normal del mismo músculo en su unión musculotendinosa, compatible con rotura fibrilar a ese nivel y la formación de un hematoma, tratado mediante punción y evacuación ecoguiada del hematoma por el propio urólogo (bajo las adecuadas medidas de asepsia), con vendaje compresivo posterior del miembro. El paciente evolucionó sin complicaciones, incorporándose casi de inmediato a su vida laboral. Esta patología está tipificada como "Pierna de tenista", causada por una rotura de la cabeza medial del músculo gastrocnemio en su región distal, la unión musculotendinosa, que se desgarran en un mecanismo por avulsión. Suele ser una persona de mediana edad que refiere un dolor agudo relacionado con el deporte en la parte media de la pantorrilla, junto con una sensación de chasquido, que aparece con la extensión de la rodilla y flexión dorsal simultánea del tobillo, es típico de deportistas "de fin de semana".

CONCLUSIONES:

Las competencias de los urólogos en Ecografía se vienen debatiendo desde hace décadas. La evidencia científica actual avala nuestro uso de la Ecografía de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente facilitando un diagnóstico precoz de patologías potencialmente graves. Incorporar la ecografía en los Servicios de Urgencias disminuye los tiempos globales de atención, puesto que el urólogo es más efectivo, eficiente y dinámico en el manejo de urgencias "tiempo-dependiente", aportando mayor seguridad clínica al paciente. La ecografía permite asociar la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de eficacia diagnóstica que de ello se deriva y sabemos que el retraso en el diagnóstico-tratamiento de las patologías urgentes influyen negativamente en el pronóstico del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-25

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS
ANTE UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

FJ Luque Sánchez, AA Oviedo García, M Algaba Montes

UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: appendicitis-ultrasound-diagnosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 21 años, que consulta por dolor abdominal de inicio periumbilical de 12 horas de evolución que se fue localizando en fosa iliaca derecha (FID), náuseas y ligera disuria, sin posición antiálgica y sin fiebre. En la analítica hallazgo de discreta leucocitosis con neutrofilia y PCR de 10 mg/dl, y orina sin alteraciones. En consulta se le realizó una ecografía clínica, mostrando en FID una estructura tubular no compresible, que presentaba un aumento de su calibre (11 mm), con engrosamiento e hipoeecogenicidad parietal y aumento de la señal doppler color. Ante el diagnóstico de apendicitis aguda se realizó interconsulta urgente al Servicio de Cirugía, siendo intervenido y evolucionando satisfactoriamente. La apendicitis aguda (AA) es la primera causa de cirugía abdominal de urgencia, siendo necesario un diagnóstico precoz para evitar complicaciones, que aumentan la morbimortalidad, días de estancia hospitalaria y costes económicos. El retraso en el diagnóstico en la primera consulta sucede entre un 15 y 60% de los pacientes. Numerosas enfermedades pueden tener una clínica similar: litiasis reno-ureteral, enfermedad Inflamatoria intestinal, neoplasia de colon, colecistitis aguda, infección urinaria, diverticulitis de Meckel, quistes ováricos hemorrágicos o torsionados, adenitis mesentérica, embarazo ectópico, gastroenteritis aguda, ileocolitis infecciosa e incluso patología muscular de pared abdominal anterior, siendo su diagnóstico todo un desafío. El diagnóstico de AA se basa en la historia clínica y examen físico, complementado con datos de laboratorio y/o estudios de imagen. En aquellos casos en los que se planteen dudas diagnósticas la ecografía a pie de cama es una herramienta útil, accesible, repetible, barata y de rápida realización.

CONCLUSIONES:

Ecográficamente el diagnóstico de una AA tiene una sensibilidad entre un 75-90% y una especificidad entre el 86-100%, siendo muy útil en el diagnóstico diferencial en la detección de otras causas de dolor en FID. Por lo que esta patología abdominal debería integrarse entre los síndromes de urgencias evaluados por ecografía a pie de cama. Así mismo es perentorio implementar en la práctica asistencial de los Servicios de Urgencias programas específicos de capacitación para adquisición de competencias en ecografía clínica.

P-26

EDEMA Y DOLOR EN PANTORRILLA: NO TODO ES TROMBOSIS
VENOSA PROFUNDA

FJ Luque Sánchez, AA Oviedo García, M Algaba Montes

UGC Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: popliteal cyst-thrombophlebitis-ultrasound

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 65 años con antecedentes de obesidad, dislipemia, hipertensión arterial y osteoartritis, que consulta por dolor de inicio brusco y aumento de perímetro de pantorrilla izquierda. A la exploración destaca edema sin fovea, eritema, calor local, palpación dolorosa en región gemelar izquierda y signo de Homans positivo. Los datos analíticos más relevantes: leucocitosis con neutrofilia y Dímeros-D de 2.600 ng/ml. En consulta se le realizó una ecografía clínica, mostrando un quiste poplíteo disecante con afilamiento del extremo distal y colecciones líquidas irregulares hipo y anecoicas, que difunde caudalmente y entre fascia superficial y gemelo interno, edema del tejido celular subcutáneo y venas de la pantorrilla compresibles. Ante el diagnóstico de rotura de quiste de Baker (QB) le fue prescrito: reposo con miembro elevado, antiinflamatorios no esteroideos y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica, evolucionando con franca mejoría de los síntomas. El QB es una colección líquida provocada por la distensión de la bursa posteromedial, entre los tendones de los músculos semimembranoso y gemelo interno. Es relativamente frecuente, asociándose de forma habitual a patología articular de la rodilla, como lesiones meniscales, condrales y del ligamento cruzado anterior. Si bien, suelen ser asintomáticos, pueden complicarse con rotura produciendo extravasación y disección hacia la pantorrilla del líquido sinovial, simulando una trombosis venosa profunda (TVP) (pseudotrombosis o pseudotromboflebitis). Otros diagnósticos diferenciales posibles serían: celulitis, hematoma por roturas musculares, aneurisma de arteria poplíteo o patología del tendón de Aquiles. También pueden coexistir un QB roto con TVP (3% de los casos), por lo que ante la sospecha clínica siempre debería realizarse ecografía-doppler.

CONCLUSIONES:

Aunque la TVP en extremidades inferiores continua siendo una patología preocupante, de elevada morbimortalidad en pacientes ambulatorios y hospitalizados, existen otros cuadros clínicos que pueden simularla, como es la rotura de un QB. La ecografía clínica permite realizar un diagnóstico diferencial del edema en miembro inferior, y se postula como una herramienta imprescindible en la evaluación clínica. De ahí la importancia en establecer programas de capacitación en ecografía clínica en la práctica asistencial de los Servicios de Urgencias.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-27

TROMBOSIS Y RETROMBOSIS

J Pedraza García, R Hidalgo Gil, P Ceballos García, F Rico Rodríguez, MA Aguayo López

Hospital Valle de Los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: trombosis-ecografía-urgencias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 84 años que acude a urgencias por intensificación de disnea habitual tras ingreso por descompensación de EPOC. Previamente disnea grado II NYHA, desde hace 5 días, grado III. Como antecedentes, alergia a AAS. Hipertensión arterial y EPOC enfisema agudizador. Ex fumador. Trombosis venosa femoral y tromboembolismo pulmonar en 2007, con sintrom® hasta 2010, suspendido por hemorragia digestiva, desde entonces con heparina bajo peso molecular (HBPM). Aceptable estado general. Frecuencia cardiaca 110 lpm. Tensión arterial: 117/82, Saturación O₂ 92%. Arritmico, sin soplos. Murmullo vesicular globalmente descendido. Aumento de diámetro de miembro inferior izquierdo hasta rodilla. En exploraciones complementarias Dímero D 2245. Gasometría arterial: pH: 7.45, pCO₂: 35, pO₂: 44, HCO₃: 24. Radiografía tórax: Cardiomegalia. Infiltrado alveolointerstitial en ambas bases. ECG: Taquicardia sinusal. Como diagnóstico diferencial nos planteamos reagudización de enfermedad pulmonar pero al tener posibilidad de realizar ecografía de compresión en urgencias, se estudia la probabilidad clínica y se realiza, mostrando TVP femoro-poplitea. Score Ginebra: 16, Score Wells: 10. Se realiza AngioTAC Tórax que muestra defectos de repleción en arterias descendente inferior derecha, truncus anterosuperior derecho, segmentarias-subsegmentarias de lóbulos inferiores. Ingresado en Medicina Interna durante 7 días y dado de alta con sintrom. Estudio de neoplasia oculta y hematológico negativo. A los 6 meses, resuelta TVP queda con HBPM por antecedentes de sangrado con sintrom. A los nueve meses presenta nuevo episodio de TEP pese a tratamiento adecuado con HBPM. Se implanta filtro de vena cava. A los quince meses presenta signos inflamatorios en ambas extremidades inferiores, desde raíz de miembros. Dolor sin respuesta a analgesia, sin otra sintomatología asociada. Filtro de cava implantado y anticoagulado con HBPM. Ecografía de compresión en urgencias con venas femoral común y superficial de ambos miembros inferiores no compresibles, con material ecogénico en su interior, compatible con TVP bilateral.

CONCLUSIONES:

Nuestro paciente presenta limitación terapéutica por riesgo hemorrágico y episodios de retrombosis pese a anticoagulación adecuada. El uso de ecografía de compresión por urólogos ayuda en el diagnóstico y la experiencia apoya en la decisión del tratamiento ambulatorio. Sería interesante en urgencias valorar el desencadenante del proceso tromboembólico para determinar actitud terapéutica. En trombosis no provocada sería factible hacer anamnesis dirigida y despistaje de neoplasia oculta dentro de nuestra accesibilidad a pruebas diagnósticas.

P-28

UTILIDAD DE ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS

M Yus López, C Quispe Martínez, C Bermudez Hernández, L del Valle Monje

Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

PALABRAS CLAVE: abdomen-traumatismo-ecografía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 38 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias tras sufrir traumatismo abdominal contra el respaldo de un asiento, al frenar bruscamente el autobús donde iba. Refiere dolor en hemiabdomen izquierdo. EXPLORACIÓN: Aparente buen estado general. Tórax: No lesiones superficiales, no hematomas, no deformidad, dolor a la palpación de arcos anteriores de últimas costillas en hemitórax izquierdo. No crepitación ni escalón oseo. Auscultación pulmonar con Murmullo vesicular conservado, no zonas de hipoventilación, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: No hematomas, dolor leve a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal en este momento. Dolor percusión lumbar izquierda. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS - ECO FAST (a pie de cama): líquido libre en 3 puntos (receso hepatorrenal, receso esplenorrenal y fondo de saco de Douglas). - Analítica: Leucocitos 25630, Hb 12,9, Plaquetas 301000, INR 1, Gluc 111, Cr 0.7, Na 135, K 3.9. - Sedimento: Intensa hematuria, leucocitos aislados. - TAC toraco abdominal: No lesiones en parénquima pulmonar, no derrame pleural ni neumotórax. Fractura 11vo arco costal izquierdo. Bazo: Laceración en polo superior con extravasación de contraste en relación con sangrado activo, no alteraciones en el pedículo vascular. Riñón izquierdo con laceración cortical en el polo superior sin imágenes de sangrado activo con hematoma perirrenal de menos de 1 cm de espesor. Líquido libre peri hepático, peri esplénico en ambos flancos y en pelvis con valores altos de atenuación en relación con hemoperitoneo. No neumoperitoneo. Diagnóstico DIFERENCIAL - Traumatismo abdominal cerrado - Fractura costal Diagnóstico FINAL - Hemoperitoneo secundario a laceración esplénica - Laceración renal izquierda con hematoma perirrenal. - Hematoma duodenal. - Fractura costal izquierda. - Derrame pleural izquierdo EVOLUCIÓN Tras primera valoración y encontrándose hemodinámicamente estable, se realiza Eco FAST a pie de cama apreciando líquido libre. Se solicita TAC toraco abdominal con los resultados descritos, y valoración por Cirugía- Urología, decidiéndose realizar embolización esplénica con éxito. Ingresada a cargo de Cirugía General, permaneciendo hemodinámicamente estable todo el ingreso, con anemia de 2 puntos, sin precisar transfusión. En TC control aparece derrame pleural izquierdo, sin aumento del hematoma periesplénico, ni perirrenal izquierdo ni del hemoperitoneo, por lo que es dada de alta.

CONCLUSIONES:

Este caso ejemplifica el manejo de los traumatismos abdominales, mostrando la utilidad de realizar ecografías a pie de cama.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-32

TRAUMATISMO COSTAL CON HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL

L Ortega Herruzo, C Hidalgo Collazos, C Sanz Plaza, FF Chen Chen, M Sobrevela Albacete, MG Rincón Carmona, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: fractura-costillas-riñón

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 78 años, fumadora activa con EPOC e hipertensa, que acude al Servicio de Urgencias por dolor costal a la inspiración y con los cambios posturales tras caída casual en domicilio desde escalera de 2 peldaños con contusión directa sobre costado derecho con maceta, negando Traumatismo Craneoencefálico, síncope ni otra sintomatología. A la exploración física mantiene constantes normales, con auscultación cardiopulmonar sin hallazgos a excepción de crepitantes finos bibasales, con dolor a la palpación de parrilla costal derecha y flanco derecho sin hematoma asociado ni signos de irritación peritoneal. Ante la sintomatología se realiza estudio radiológico donde en un principio no se observan fracturas costales y estudio cualitativo de orina, objetivándose hematuria significativa sin repercusión en hemoglobina plasmática. Antes este hallazgo, se amplía estudio con ecografía abdominal donde se observa lengüeta de líquido perirrenal derecha en tercio superior de 6 mm de espesor, sin lograr identificar posible laceración. Por lo cual, se decide complementar con TC abdominopélvico con contraste, apreciándose fractura de 7° a 12° costilla derecha sin signos de contusión pulmonar ni derrame ni enfisema y Hematoma subcapsular renal derecho con hallazgos sugestivos de sangrado activo. Hemodinámicamente se encuentra estable sin anemia secundaria, por lo que se decide dejar en observación, hasta confirmarse estabilidad de hematoma a las 24h y no repercusión pulmonar con TCbody de control, con posterior seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES:

En principio cabe descartar la repercusión de una caída casual con un impacto de baja intensidad en una paciente mayor de 75 años. Para su abordaje se tuvo en cuenta la localización de la contusión, el intenso dolor costal y flanco derecho y la edad de la misma, por lo que una vez descartado alteración pulmonar nos cabía la sospecha de una posible contusión renal. En este caso, a pesar de objetivarse un sangrado activo radiológicamente, no hubo repercusión hemodinámica, por lo que se pudo llevar a cabo tratamiento conservador. No obstante, remarcar la importancia de tener esta patología como diagnóstico diferencial ante una contusión costal baja.

P-33

NEUMOTÓRAX CON DESPLAZAMIENTO MEDIASTÍNICO

L Ortega Herruzo, C Hidalgo Collazos, M Mir Montero, A Herrera Marinas, FF Chen Chen, M Sobrevela Albacete, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: neumotórax-mediastino-dolor

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 18 años de fenotipo delgado sin antecedentes personales de interés ni abuso de sustancias tóxicas, consulta en el Servicio de Urgencias por dolor centrotorácico no irradiado de características punzantes que aumenta con los cambios posturales de 3 días de evolución, sin antecedente traumático y para lo cual no ha tomado ningún tipo de analgesia. En la exploración física se observa buenas constantes con saturación 97% y una auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, pero disminución de transmisión sonora en hemitorax izquierdo sin ruidos sobreañadidos. Electrocardiográficamente el paciente se encuentra en ritmo sinusal a 60 lpm, sin otras alteraciones. En el estudio radiológico se aprecia importante neumotórax izquierdo con colapso prácticamente total del pulmón ipsilateral, que en la proyección en espiración se magnifica y produce desviación mediastínica contralateral. El paciente es valorado de urgencia por Servicio de Cirugía General para colocación de tubo de drenaje endotorácico, con posterior reexpansión pulmonar y mejoría sintomática. No obstante, el tubo de drenaje se mantuvo durante 4 días para reexpansión completa.

CONCLUSIONES:

El neumotórax es una patología relativamente frecuente en los servicios de urgencias, cuyo diagnóstico consiste en una asociación de características fenotípicas, factores de riesgo como el tabaco y sintomatología basada en dolor torácico, disnea y alteración de constantes cuando hay compromiso mediastínico. No obstante, en este caso, es llamativo cómo el paciente no sigue dichos patrones, no teniendo un factor de riesgo asociado, presentándose en gran medida asintomático con buenas saturaciones y sin alteraciones electrocardiográficas a pesar del importante colapso pulmonar izquierdo y el desplazamiento mediastínico, formando parte de un 10% de neumotórax espontáneos que se presentan asintomáticos. Por este motivo, ante la presentación de un dolor torácico atípico en paciente joven tener en cuenta como diagnóstico diferencial el neumotórax puede, como es en este caso, hacer un diagnóstico precoz que no demore el tratamiento y disminuya la morbimortalidad de dicho paciente.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-36

LUMBALGIA MECÁNICA: NO SIEMPRE ES UNA PATOLOGÍA BENIGNA. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA

I Sanlés González, P Hernández Martínez, H Molina Llorente, D Torresano López, A Revert Cogollos, P Garmilla Ezquerro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: dolor lumbar-ecografía-aneurisma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

La lumbalgia es causa frecuente de consulta en urgencias. Aproximadamente el 80% de las personas presentará dolor lumbar en algún momento de su vida, de los cuales el 90% serán de etiología benigna. Es un síntoma inespecífico que también puede estar asociado en menor medida a patologías más severas como patología vascular aguda retroperitoneal. Material o pacientes y método: Paciente de 79 años con dolor lumbar mecánico de 4 días de evolución irradiado a glúteo izquierdo, sin otras sintomatología. Como antecedentes personales presentaba HTA, ACVA isquémico con oclusión completa carotídea izquierda no revascularizable y artrosis. En la exploración física estaba afebril, hemodinámicamente estable, sin soplos a ningún nivel. Abdomen anodino. En la columna lumbar presentaba dolor a la palpación de espinosas. Los pulsos eran simétricos en las cuatro extremidades. Se realizó una ecografía a pie de cama y una radiografía lumbar que fueron diagnósticas. Resultados: Rx lumbar: lesión lítica L4-L5 y acúñamiento anterior L4. Ecografía a pie de cama: Aneurisma abdominal de 8x7,2 cm de diámetro máximo. Dado lo anterior se solicita un angio-TAC con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal (AAA) de 13x8.1x8.5x7.8 cm de diámetros máximos. Dicho aneurisma presenta trombo mural y erosiones vertebrales anteriores L4 y L5 por contacto con pared posterior del AAA sugestivo de rotura crónica contenida.

CONCLUSIONES:

El aneurisma de aorta abdominal tiene una prevalencia de entre un 2-5% y una mortalidad en caso de rotura del 80%. Hasta un 91% de los casos se acompañan de lumbalgia. Por este motivo es importante una exhaustiva historia clínica, exploración física y la incorporación de la ecografía a pie de cama en la práctica clínica habitual especialmente en la valoración de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular con dolor abdominal o lumbar para un correcto diagnóstico de etiologías potencialmente letales y así mejorar la seguridad clínica.

P-39

ECOCARDIOGRAFÍA BÁSICA EN URGENCIAS, ÚTIL Y SENCILLA EN MANOS DEL URGENCIÓLOGO

S Sanz de Galdeano Delgado, MA Leza Acha, A Hernández Galán, N Berrade Flamarique, R Medina Mesa, FC Rosas Vilar

Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: ecocardiografía básica-urgencias-tromboembolismo pulmonar

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 79 años, con antecedentes de HTA, DM y EPOC. Empeoramiento de su disnea habitual en las últimas dos semanas, con aumento de tos y expectoración verdosa, con febrícula acompañante. Acude a urgencias por empeoramiento clínico brusco, taquicárdico y taquipneico con saturación de O₂ del 85%. Hipotensión arterial inicial, con TAS máxima de 70. Afebril. Se realiza gasometría arterial en sala de reanimación, que muestra pH 7,4, pCO₂ 29 y pO₂ 45. Radiografía de tórax sin evidenciar claros infiltrados. Ante la sospecha de sepsis de origen respiratorio, se extraen hemocultivos, se comienza antibioterapia empírica, oxigenoterapia y administración de fluidos. Posteriormente se reciben los resultados de la analítica sanguínea, que muestra una cifra de 19.600 leucocitos con un 94% de neutrófilos, coagulación con un Dímero D de 20969, empeoramiento de creatinina basal ahora de 2, Troponina I de 36,7 y BNP de 156. Se realiza ecocardiografía a pie de cama por personal de urgencias, que aprecia una dilatación de cavidades cardíacas derechas, así como el aplanamiento del tabique interventricular (D-saphe). Con la sospecha ahora de Tromboembolismo pulmonar con sobrecarga de cavidades derechas, se realiza Tac helicoidal, que confirma la presencia de trombosis en ambas arterias pulmonares principales. Se inicia tratamiento con heparina sódica, siendo a posteriori confirmados los hallazgos iniciales por el servicio de Cardiología. Ingresa en dicho Servicio, siendo la evolución favorable.

CONCLUSIONES:

Los conocimientos en ecocardiografía básica en manos del urgen- ciólogo, resultan de vital importancia en el diagnóstico y manejo de determinadas patologías que requieren una intervención inmediata. En el caso clínico que nos ocupa, nos da el diagnóstico y acelera la confirmación posterior e inicio de tratamiento específico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-40

¿EDEMAS CON 20 AÑOS? CÓMO NOS AYUDA UNA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

MP Benítez Moreno (1), M Jiménez Parras (2), MT Valle Gil (1)

(1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. (2) UGC Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: ecografía-edema-cardiomegalia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 20 años natural de China, antecedentes de HTA, Obesidad, DM tipo 2, hipotiroidismo y SAOS. En tratamiento con enalapril y metformina que había dejado de tomar por decisión propia. Acude a urgencias por edemas de 24 horas de evolución a nivel de MMII con ganancia ponderal. Niega fiebre, artralgias, alteraciones cutáneas o cambios en diuresis habitual. Viajó en el mes anterior a dos ciudades de España. Acudió dos semanas antes del ingreso a urgencias por cuadro catarral prescribiéndose ibuprofeno. Destaca a la exploración edemas hasta rodillas y a nivel de pared abdominal, disnea con la conversación, hipertensión de 170/100, hipoventilación a la auscultación y ruidos cardíacos levemente disminuidos además de cardiomegalia en la radiografía de tórax. Con sospecha de derrame pericárdico se solicitó Ecografía transtorácica para que, aunque estaba hipertenso y en ritmo sinusal, se pudiese usar diuréticos una vez descartado taponamiento pericárdico. En el diagnóstico diferencial se valoraron causas inflamatorias y no inflamatorias del derrame pericárdico incluyendo infecciosas. Entre las inflamatorias se consideraron etiología metabólica y síndrome nefrótico principalmente, por los antecedentes y clínica. ETT confirmó un derrame pericárdico de 14 mm sin compromiso de cavidades, hipertrofia ventricular izquierda, dilatación de VTD 95.9 ml/m² y FE del 30%. En analítica destacaba proteinuria de 8.79 gr/dl, Creatinina 1.57, urea normal, sin leucocitosis ni neutrofilia, albúmina 3.6. PCR 8.2. Se le realizó ecografía abdominal que mostraba riñones de tamaño normal, sin líquido libre, ni alteraciones a nivel de bazo ni hígado. Se inició tratamiento deplectivo con diuréticos. Con diagnóstico inicial de síndrome nefrótico ingresó a cargo de Nefrología, completándose estudio resultando Nefropatía asociada a AINE.

CONCLUSIONES:

Actualmente la ecografía es esencial en el manejo diario en urgencias, siendo necesario para el clínico en orientación diagnóstica y manejo inicial. Es por tanto indispensable formar al personal de urgencias en el manejo básico patología frecuente del ecógrafo y facilitar al menos un dispositivo asignado al servicio de urgencias, sobre todo si no se cuenta con radiólogo y/o cardiólogo de presencia física.

P-41

¿MIRE CÓMO TENGO LA LENGUA, DOCTOR! ¿QUÉ ME PASA?

A M P (1), C de Vera Guillén (2), R Peinado Clemens (2), MA Ruiz Sanz (3)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Ciudad de Coria. Cáceres. (2) Hospital Infanta Cristina. Badajoz. (3) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

PALABRAS CLAVE: lengua negra-hematoma lingual-lengua frambuesa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) se convierten en muchas ocasiones en una puerta de acceso rápido al sistema sanitario de patología banal o menor y una consulta donde buscar un diagnóstico rápido. Esta situación pone al médico de urgencias como primer evaluador de una patología y ha de ser capaz de discernir entre patología urgente o potencialmente grave de la que no. Presentamos una serie de casos con afectación de la coloración de la lengua como único síntoma y principal motivo de consulta. CASO 1: Paciente de 67 años fumador, en hemodiálisis desde hace años que presenta una coloración negruzca de la lengua. Se trata de una lengua negra vellosa, patología benigna. Se debe a un sobrecrecimiento bacteriano que afecta al dorso de la lengua, con la presencia de formaciones papilomatosas con coloración pardonegruzca de intensidad variable y asociada a higiene bucal deficiente, uso de colutorios que contengan oxidantes y medicamentos con bismuto, así como el tabaco y otras patología que debiliten la movilidad lingual. CASO 2: Paciente de 71 años con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular anticoagulada e hiperlipemia, que acude por coloración negra de la lengua y manchas rosáceas en la región cervical. Se trata de un hematoma lingual, secundario a sobredosificación de acenocumarol con afectación cervical secundaria. Es de sobra conocido que el acenocumarol tiene un estrecho rango terapéutico y las manifestaciones en forma de hemorragias espontáneas pueden ser el principal signo de sobredosificación y en ocasiones desencadenar procesos graves. CASO 3: Paciente de 38 años en tratamiento inmunosupresor por Enf de Crohn que consulta por lengua color frambuesa. En la anamnesis se identificó una hija en edad pediátrica con infección por Estreptococo. La escarlatina puede variar la coloración lingual, inicialmente blanca, lengua fresa blanca y posteriormente rojiza o aframbuesada y se transmite por contacto de saliva o secreciones.

CONCLUSIONES:

Los servicios de urgencias no deben ser tomados como una consulta rápida o para agilizar pruebas complementarias demorables. A su vez, la pericia del médico de urgencias ante patología, en ocasiones poco habitual, es fundamental para dirimir una afectación potencialmente grave de un proceso banal.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-46

ACCIDENTE DE ESQUÍ

**M Pons Claramonte (1), N Martínez Navarro (2),
L Veneros Luzuriaga (3), P Mascarell Oriola (3),
A Hernández Bacardit (3), A Dorca Josa (3), J Vega Calveres (3)**

(1) SAMU Comunidad Valenciana. SUM Andorra. (2) Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. (3) SUM Andorra

PALABRAS CLAVE: advanced trauma life support care-abdominal injuries-ultrasonography

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Aviso SUM: Paciente de 29 años en shock hipovolémico con traumatismo abdominal y ECO FAST positivo. A nuestra llegada, paciente en centro médico de pistas con A: Vía aérea permeable, B: Ventilación simétrica, C: pálido, sudoroso, frío. Dolor a nivel de hipocondrio derecho, pelvis estable, no sangrados externos ni deformidad de huesos largos, D: GCS 15, pupilas ICNR. E: No dolor cervico-dorso-lumbar ni heridas en espalda. Constantes iniciales TA: 114/65 mmHg, FC 97 lpm, FR: 18 rpm. Ritmo sinusal Se activa desde la escena al cirujano, a la llegada al hospital y por la estabilidad del paciente se decide TAC. TAC: laceración hepática posterior derecha con lesión diafragmática. Hemoperitoneo. En el TAC el paciente sufre una variación del estado general con TA de 92/55 manteniendo consciencia y pulso radial. Se realiza cirugía posteriormente con buenos resultados.

CONCLUSIONES:

La ECO FAST es un extraordinario, rápido e inocuo elemento para la detección del sangrado abdominal o torácico en traumas cerrados, llegando a encontrarse una sensibilidad de hasta el 86% para la ecografía, con una especificidad cerca del 92%. Resultados similares al lavado peritoneal que se consideraría el ?gold standard? En este caso queremos resaltar la importancia de esta técnica en el centro médico de pistas de esquí por lo que a nuestra llegada en UVI Móvil, el paciente ya estaba diagnosticado y teníamos muy claro que se trataba de un paciente de cargar y llevar lo antes posible al hospital.

P-48

ECO KILLED THE PULSUS PARADOXUS STAR. SIGNOS DE ALARMA EN LA ECOGRAFÍA DEL TAPONAMIENTO CARDIACO

**E Maldonado Pérez, M Garrido López, E López Herrero,
C Puchas Manchón, M Castillo Paredes, M Albarrán Núñez**

Servicio de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.
Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVE: ultrasound-tamponade-cardiac

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes: Hombre. 70 años. HTA. DM2. Dislipémico. Fumador. Enfermedad actual: dolor torácico de 13 días, irradiado a espalda, disnea, astenia, fiebre, fue tratado con amoxicilina clavulánico. Acude sin fiebre, por empeoramiento del dolor torácico. Exploración: Consciente, orientado. TA 80/60 mm Hg. FC 100 ppm. Con FiO2 0,21, respira 24 vx con ligera taquipnea, y SAT 94%. Frialidad cutánea. Diaforesis. Ingurgitación yugular a 45°. AC: rítmica con tonos apagados. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: -Ecografía no reglada a pie de cama: Derrame pericárdico circunferencial de 30 mm de espesor máximo. Colapso de cámaras derechas en diástole. Variaciones respirofásicas del espectro doppler de las velocidades del flujo de llenado del ventrículo izquierdo, de las ondas E y A, superiores al 20% del valor máximo. VCI de 26 mm en espiración, sin colapso inspiratorio, sugestiva de PVC 20 cm H2O, y con flujo venoso con autocontraste. Derrame pleural bilateral. -EKG: RS a 115 qrsx. QRS de escaso voltaje -Rx de tórax: ICT > 0,5. -Analítica: leucocitos 13.490 x mm3, neutrófilos 75%, creatinina 1.95 mg/dl., CK 84 UI/L, PCR 63.83 mg/L, troponina 18.74 pg/ml, PBNP 709 pg/ml. Diagnóstico: shock por taponamiento cardiaco de etiología incierta, posiblemente relacionado con infección respiratoria. Evolución: Preciso pericardiocentesis, que normalizó la situación hemodinámica. El líquido pericárdico fue sugestivo de proceso inflamatorio

CONCLUSIONES:

Clásicamente, la tríada de Beck (tonos cardiacos apagados, ingurgitación yugular, e hipotensión), sugiere taponamiento cardiaco con inestabilidad hemodinámica, y el pulso paradójico (pulsus paradoxus) -la disminución significativa de la presión sistólica durante la inspiración-, un signo confirmatorio de inestabilidad, con el inconveniente de su difícil medición. La ecografía a pie de cama, permite determinar fácilmente la presencia de signos ecográficos sugestivos de inestabilidad hemodinámica en el paciente con derrame pericárdico y clínica de taponamiento, y prever la indicación de pericardiocentesis antes de la aparición definitiva de la situación de shock. Este caso es muy interesante, por la iconografía en imagen fija y de video que aportamos, para el aprendizaje de estos signos de alarma ecocardiográficos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-49

EL OJO LO VE, LA MANO LO SIENTE, LA ECO LO CONFIRMA.
SEUDOANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA RADIAL

**M Castillo Paredes, E Maldonado Pérez, M Garrido López,
C Puchaes Manchón, E López Herrero, S Borne Jerez**

Servicio de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVE: ultrasound-arteries-aneurysme, false

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes: Mujer de 75 años. No alergias. HTA. DM2. Dislipemia. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento: AAS 100 mg /24h. IECA. Betabloqueantes. Enfermedad actual: se realizó coronariografía diagnóstica reglada una semana antes de la consulta actual por clínica de ángor. No precisó revascularización. Tras el alta, notó aparición de una tumoración muy dolorosa en la vertiente radial de la muñeca derecha. Consulta por dolor y aumento de la tumoración. Exploración física: Se objetiva en cara radial de muñeca derecha, una gran masa pulsátil, elástica, dura, dolorosa a la palpación, con soplo auscultable con el fonendoscopio, sin thrill a la palpación. Consciente, orientada, colaboradora. TA 140/80 mm Hg. FC 75 ppm, rítmicas. Eupneica. SAT 99%. Bien hidratada y profunda. AC: rítmica, sin soplos. AP: buena ventilación bilateral Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de peritonismo. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: -Ecografía no reglada a pie de cama: Se objetiva dilatación fusiforme de gran tamaño de la arteria radial derecha, con flujo pulsátil objetivable por doppler color, y doppler pulsado. Diagnóstico: pseudoaneurisma gigante de la arteria radial derecha, post-cateterismo. Evolución: La paciente, precisó intervención quirúrgica urgente por Cirugía Vascular, para tratamiento del pseudoaneurisma.

CONCLUSIONES:

La ecografía en urgencias es muy importante, para confirmar con inmediatez la sospecha de pseudoneurisma de la arteria radial tras cateterismo, optimizar su manejo, y posibilitar la disminución de la morbimortalidad asociada a esta entidad nosológica. El caso que presentamos es además muy interesante, por la iconografía de imagen fija y video que puede aportar para la difusión y aprendizaje de estos signos de alarma ecocardiográficos.

P-51

DIAGNÓSTICO DE UN CASO DE DISNEA SIN DIAGNÓSTICO
PREVIO EN UNA JAIMA DE LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS
SAHARAUIS

**D Chaparro Pardo, B Calvo Porqueras, M Martínez Agüero,
B Rojano Martín, M Maroto Rubio, L Matilla Pardo, ML Bretón Arranz**

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: ultrasound-emergency ultrasound-cardiac failure

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 75 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión que sufre un infarto de miocardio unos 15 días antes de nuestra llegada a los campamentos de refugiados siendo diagnosticado en la ciudad fronteriza de Tindouf, estando al alta sin síntoma alguno. Se inicia tratamiento con doble antiagregación, IECA, betabloqueantes y estatina. Una semana antes de nuestra llegada, el paciente empieza con disnea de aparición progresiva asociado a edemas en miembros inferiores sin haber consultado a ningún médico. A la exploración destaca la presencia de crepitantes en los 2/3 inferiores de ambos campos pulmonares y edemas en miembros inferiores, siendo el resto de la exploración, incluidas las constantes, normales. Se realiza ecocardiograma con ecógrafo ultraportátil apreciándose una importante dilatación del ventrículo izquierdo con una disfunción muy severa. Se realiza el diagnóstico de insuficiencia cardíaca con disfunción del ventrículo izquierdo grave secundaria a infarto de miocardio probablemente. Se potencia el tratamiento diurético sin respuesta adecuada, falleciendo el paciente a las 72 horas.

CONCLUSIONES:

La utilidad del uso de la ecografía a pie de cama no presenta ninguna duda en la Urgencia de ningún hospital de España. En este caso, una zona sin recursos, donde el sistema sanitario presenta todas las carencias imaginables y el manejo del paciente hubiera requerido un traslado a través del desierto de unos 90 minutos de duración, se consiguió un diagnóstico de certeza y la optimización del tratamiento en una jaima sin la necesidad de movilizar al paciente y pudiendo ser monitorizado. Este ejemplo destaca la necesidad de la universalización del uso de la ecografía a pie de cama.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-52

ME PINCHA EL CORAZÓN

MA López López, C Vaamonde Paniagua, AL Martín Sonseca
Rodríguez, V Heras Fernández, G Esteban Gutiérrez,
B Martínez Villena, Y Béjar Álvarez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: lesiones por pinchazo de aguja-dolor en el pecho-traumatismos torácicos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 50 años en seguimiento por Salud Mental por esquizofrenia con sintomatología negativa residual aunque sin productividad psicótica con buena adherencia y cumplimiento terapéutico. ES acompañada por familiar a Servicio de Urgencias por presentar dolor torácico súbito, tipo punzante a punta de dedo a nivel precordial refiriendo que le pincha el corazón de 5 horas de evolución, sin cortejo vegetativo asociado ni disnea, que aumenta con la inspiración profunda y a la palpación. Exploración cardiopulmonar sin alteraciones, objetivando lesión puntiforme eritematosa en región precordial. Analítica y ECG sin alteraciones, se realiza Rx de tórax objetivando cuerpo metálico intratorácico, por lo que se solicita TC visualizando Objeto metálico (aguja) alojado en la grasa epicárdica del ápex cardiaco y grasa mesentérica contactando su punta con la pared gástrica. En eco-cardio se objetiva que la aguja atraviesa pericardio parietal ubicándose parcialmente en cavidad pericárdica, sin afectación aparente cardiaca o derrame pericárdico. Dado el diagnóstico, se deriva a Hospital de referencia para valoración por Cirugía Cardíaca y posterior extracción. La paciente evolucionó favorablemente sin repercusión hemodinámica posterior.

CONCLUSIONES:

A la llegada a un Servicio de Urgencias de un paciente con dolor torácico, los protocolos de actuación iniciales deben ir dirigidos a descartar síndrome coronario agudo. Si además el dolor es atípico y presenta antecedentes de patología psiquiátrica se corre el riesgo de estigmatizar a dichos pacientes y restar importancia a la patología orgánica que realmente pueden llegar a presentar. La patología psiquiátrica en ocasiones, puede enmascarar patología orgánica potencialmente grave, por lo que es fundamental la realización sistemática de una buena anamnesis y exploración física, independientemente de sus antecedentes previos, evitando su estigmatización.

P-53

MANEJO EVOLUTIVO CON ECOGRAFÍA DE LA PRESENCIA DE INFARTO PULMONAR CON EDEMA PULMONAR EN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M Martínez Agüero, B Calvo Porqueras, D Chaparro Pardo,
J Abelaira Freire, AT Salto Ariza, R Cuervo Pinto, ML Bretón Arranz

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergency ultrasound-pulmonary infarction-pulmonary thromboembolism

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 31 años con antecedentes de hipotiroidismo y en tratamiento con anticonceptivos orales que acude por cuadro de dolor pleurítico en base derecha de 24 horas de evolución. En la exploración básica no se aprecia ningún dato y en la radiografía de tórax tampoco, se realiza analítica donde destaca D-dímero elevado por lo que se realiza TAC determinándose la presencia de varios focos de tromboembolismo pulmonar (TEP) lobar y segmentario en lóbulo medio, superior derecho, inferior derecho e inferior izquierdo. La paciente presenta persistencia del dolor pleurítico en base derecha. Se realiza ecografía a pie de cama y se observa a ese nivel infarto pulmonar con edema perilesional y derrame en esa base, sin apreciarse signos de infarto pulmonar en otro punto de ambos pulmones. Se pauta analgesia y a lo largo del ingreso se aprecia la evolución del infarto pulmonar con la realización de ecografías seriadas, la disminución del edema perilesional y el derrame local, con la mejoría clínica de la paciente. Ante la mejoría ecográfica, la mejoría clínica y la valoración de una escala de PESI de riesgo bajo, se decide alta tras 72 horas de ingreso en una unidad de corta estancia.

CONCLUSIONES:

La sintomatología del TEP es muy variada. El dolor pleurítico viene dado por la presencia de un infarto pulmonar e irritación pleural. Este cuadro puede provocar edema perilesional que se debe controlar de forma paulatina con el objeto de valorar la evolución de la paciente. Ante la falta de lógica de realizar un TAC diario para valorar este dato y la falta de sensibilidad de la radiografía de tórax, la ecografía pulmonar gana importancia ante la alta sensibilidad y especificidad en la detección de estas lesiones y en la capacidad para valorar la evolución de las mismas, determinando una mejoría o no. De forma, que la ecografía no solo puede ayudar en el diagnóstico de las patologías pulmonares, sino también puede mostrar la evolución de las lesiones marcando los tiempos de alta y revisión de los pacientes.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-54

DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO DE CARACTERÍSTICAS PLEURÍTICAS EN PACIENTE MAYOR EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

M Martínez Agüero, D Chaparro Pardo, M Maroto Rubio, B Rojano Martín, R Cuervo Pinto, J Abelaira Freire, L Matilla Pardo

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergency ultrasound-pneumonia-pulmonary ultrasound

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 70 años sin antecedentes de interés que acude al Hospital Nacional de Rabouni en los campamentos de refugiados saharauis por cuadro de 3 días de malestar general y dolor de características pleuríticas en la parte inferior y lateral del costado izquierdo sin asociar fiebre ni otra clínica. La sintomatología cede parcialmente con paracetamol. A la exploración destaca disminución del murmullo vesicular en la base izquierda sin otro dato. Las constantes son normales y el resto de la exploración también. Se realiza ecografía a pie de cama con ecógrafo ultraportátil IVIZ de Sonosite donde se aprecia consolidación pulmonar con broncograma dinámico y derrame pleural adyacente compatible con neumonía, iniciándose tratamiento antibiótico a partir de ese momento.

CONCLUSIONES:

En el caso de pacientes con clínica atípica, el uso de la ecografía ha mostrado utilidad en cualquier lado del mundo. Cuando además se busca disminuir el consumo de pruebas diagnósticas complementarias como una radiografía de tórax por la carencia de materiales fungibles, el uso de la ecografía para el diagnóstico gana en importancia por su sensibilidad y especificidad. Así, se asocia un diagnóstico de certeza propio de cualquier hospital en España y la práctica ausencia de consumo de elementos fungibles que escasean en situaciones de pobreza y falta de recursos como es el caso de los campamentos de refugiados saharauis.

P-55

HEMOPTISIS E IMAGEN EN SUELTA DE GLOBOS

N Zarzuelo Martín, J Amor Valero, J Naveda Fernández, J Moreno Rosaura, M Clavero Olmos, M Ruiz Ruizgómez, P Pirogov

Hospital Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

PALABRAS CLAVE: hemoptisis-nódulo pulmonar-metástasis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Hemoptisis. Antecedentes personales: - Varón de 72 años sin alergias conocidas. - Cáncer renal en tratamiento con quimioterapia - Cardiopatía isquémica en tratamiento antiagregante - Ictus de origen aterotrombótico hace años sin secuelas. Enfermedad actual: Acude a urgencias por cuadro de esputos hemoptoicos desde hace varios días que en las últimas horas son de mayor cantidad, sin presentar fiebre, aumento de expectoración ni mayor disnea de la habitual. No refiere dolor torácico ni mareo. No ha presentado cambios en su medicación habitual. Exploración física: Consciente, orientado, regular estado general, asténico, palidez mucocutánea. Auscultación cardiopulmonar: Tonos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos. Orofaringe sin hiperemia ni restos hemáticos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: - Analítica: Bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones relevantes - Radiografía de tórax: Imagen en suelta de globos en hemitorax derecho - TAC de tórax: Múltiples nódulos pulmonares en región anterior de lóbulo superior derecho y seno costofrénico posteromedial derecho, adenopatías hiliares de tamaño patológico (27 a 30 mm) y derrame pleural derecho con varios implantes en su interior. Hallazgos sugestivos de metástasis pulmonares. Juicio clínico: Hemoptisis en relación con metástasis pulmonares. Evolución: Se ingresa al paciente para vigilancia y cuantificación de hemoptisis y se inicia tratamiento sintomático: codeína y ácido tranexámico y suspendiendo antiagregación (Clopidogrel). El paciente es valorado por la unidad de cuidados paliativos, decidiéndose por antecedentes y situación clínica del paciente tratamiento conservador y sintomático del cuadro.

CONCLUSIONES:

La aparición de múltiples nódulos pulmonares bilaterales se denomina imagen en suelta de globos y habitualmente se corresponde con la aparición de metástasis pulmonares de tumores que se diseminan por vía hematógena (aunque hay algunas entidades benignas que también pueden tener esta manifestación). La presentación de un cuadro de hemoptisis puede tener un diagnóstico diferencial amplio. En este caso existen diferentes opciones a considerar antes de realizar las pruebas de imagen (patología infecciosa, tromboembólica, efectos secundarios de quimioterapia o extensión pulmonar de enfermedad de base). La imagen radiológica ofrece una orientación adecuada al diagnóstico final del cuadro.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-56

CIRUGÍA, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

B Rojano Martín, M Maroto Rubio, M Martínez Agüero,
D Chaparro Pardo, L Aguirrezábal Marcotegui, AT Salto Ariza,
L Matilla Pardo

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergency ultrasound-abdominal pain-pneumonia

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 56 años saharauí con residencia habitual en uno de los campamentos de refugiados con antecedentes de litiasis biliar al que se le realiza una colecistectomía en enero 2016. Durante el ingreso, presenta hemorragia intraabdominal secundaria a dehiscencia de sutura. El cuadro evoluciona favorablemente sin más incidencias decidiéndose el alta del paciente. Aproximadamente a los 7 días del alta, el paciente acude al Hospital Nacional de Rabouni con disnea de aparición reciente sin otra clínica. La exploración muestra saturación de oxígeno sin oxigenoterapia de 88%, una auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. La auscultación cardíaca muestra un ritmo regular a unos 112 latidos por minuto, sin soplos. Abdomen blando, doloroso de forma difusa con defensa voluntaria sin poder apreciarse signos de irritación peritoneal claros. Extremidades inferiores sin edemas. Se realiza ecografía a pie de cama observándose líquido libre abdominal en cantidad moderada, infiltrado basal derecho y no localizándose signos de TVP ni de infarto pulmonar. Un ecocardiograma donde no se ve alteración en la relación del tamaño de los ventrículos y sin signos clínicos de TVP. Se realiza el diagnóstico de neumonía basal derecha y hemoperitонеo iniciándose tratamiento.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con aparición de disnea brusca y desaturación de oxígeno, tras una cirugía complicada, el tromboembolismo pulmonar es uno de los diagnósticos diferenciales que se plantean. En un país como España, la realización de un TAC para descartarlo sería un procedimiento habitual, pero en el Hospital Nacional de Rabouni no hay máquina de TAC, con lo que su realización necesita de un traslado a la ciudad fronteriza de Tindouf, con las necesidades y requerimientos que serían imprescindibles y que allí no existen, como es el traslado en UVI medicalizada, por ejemplo. Por eso, la realización de una prueba diagnóstica como la ecografía a pie de cama, capaz de descartar la presencia de tromboembolismo pulmonar con una sensibilidad y especificidad alta, proporcionando, además, imágenes útiles en el diagnóstico definitivo del caso, se convierte en una herramienta de inestimable ayuda en este tipo de hospitales. Y su uso debería universalizarse en los servicios de urgencias de todo el mundo.

P-57

DIAGNÓSTICO DE PACIENTE CON DOLOR LUMBAR EN UNA JAIMA EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

M Maroto Rubio, B Rojano Martín, M Martínez Agüero,
D Chaparro Pardo, MI Jiménez Santana, R Cuervo Pinto,
J Bustamante Mandrón

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergency ultrasound-abdominal pain-renal litiasis

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 80 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor a nivel lumbar derecho constante, no irradiado, de unas 15 horas de evolución, sin asociar otra clínica como fiebre o síndrome miccional. A la exploración destaca la presencia de dolor abdominal en flanco derecho sin palparse masas ni organomegalias. No presentando signos de irritación peritoneal y siendo la puñopercusión bilateral negativa. Se realiza ecografía abdominal sin apreciarse dilatación aórtica pero sí importante dilatación pielocalicial derecha, sin localizarse la presencia de imágenes compatibles con litiasis. Se inicia tratamiento analgésico y favorecedor del expulsivo con mejoría sustancial.

CONCLUSIONES:

La ecografía a pie de cama, permite un diagnóstico precoz y certero de la patología sin necesidad de la movilización del paciente. Este hecho ayuda al abaratamiento de la medicina practicada en situaciones de conflicto bélico o, como es el caso, de pobreza extrema y situación de catástrofe médica, evitando traslados, y permitiendo realizar una medicina donde el diagnóstico de presunción pasa a ser diagnóstico de certeza y el tratamiento adecuado se convierte en una realidad.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-59

¿ESTAMOS ANTE UNA DISECCIÓN?

R Ibáñez del Castillo, JL Fraile, R Gómez, A Herrera, FF Chen Chen, M Sobreviela, C Bibiano

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: aorta torácica-aneurisma de la aorta torácica-rotura de la aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 72 años sin FRCV, en seguimiento por cardiología. Último ecocardio presenta aneurisma de aorta ascendente de 40 mm y cayado 30 mm. Doble lesión aórtica (estenosis ligera, insuficiencia moderada) FEVI conservada. Acude por dolor torácico opresivo de 2 h de evolución en reposo, con irradiación mandibular, región interescapular y epigástrica. Se acompaña de sudoración. No disnea, niega esfuerzos o traumas previos. El dolor cede parcialmente tras administración de cafinitrina s.l. en domicilio. A su llegada a urgencias regular estado general, TA 140/80, FC 63, Sat 99%, FR 18 sin trabajo respiratorio, palidez cutánea, BHN, CyOx3, EVA 7. Soplo aórtico conocido. Resto de exploración sin alteraciones. Pulsos pedios y femorales presentes y simétricos. Analítica y 1ª seriación enzimática sin alteraciones. Ekg 65 lpm, ritmo sinusal, no alteraciones de la repolarización. Ante la sospecha clínica de disección para confirmación diagnóstica con prueba de imagen se realiza TAC con contraste donde se identifica una semiluna hiperdensa parietal en aorta torácica ascendente, cayado y aorta torácica descendente. Que se extiende hasta el hiato diafragmático, compatible con el diagnóstico de hematoma intramural aórtico. La paciente presenta disección aórtica tipo A de Stanford. Se derivó al servicio de cirugía cardiovascular del HUGM donde se le realizó intervención, con resección de aorta ascendente e interposición de tubo supracoronario de Dacron de 34 mm.

CONCLUSIONES:

Los síndromes aórticos son patología urgente, de ahí la importancia de su reconocimiento precoz y su rapidez de manejo. En ocasiones la clínica inespecífica aumenta la dificultad de su diagnóstico. En este caso el cuadro de dolor es característico y los antecedentes personales apoyan el diagnóstico clínico que posteriormente se confirma con prueba de imagen. En las disecciones de aorta es importante establecer el nivel según la clasificación de Stanford y DeBakey. Así como el manejo inicial de control de dolor, descenso de TA y descenso de velocidad de contracción de ventrículo izquierdo. Disminuyendo así el estrés aórtico y la propagación de la disección.

P-66

NO FUE SU DÍA

VM Cea Soria (1), F Martínez Sanz (2), A Ruiz Fernández (3), MJ Caballero Álvarez (4)

(1) SUMMA 112. Hospital Universitario HM Montepíncipe. Madrid. (2) SUMMA 112. Hospital Universitario HM Montepíncipe. Madrid. (3) Hospital Universitario HM Montepíncipe. Madrid. (4) SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: ecocardiograma-TEP-disección aórtica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 49 años, de origen chino, sin antecedentes médicos de interés (sinusitis crónica colonizada por mucor que precisó tratamiento con anfotericina) que acude a urgencias por mareo y dolor torácico. LA paciente a la exploración la paciente estaba normotensa con TA 99/38 (tensiones habituales de la paciente) y FC 62 lpm, se encontraba eupneica sin trabajo respiratorio y con tonos cardiacos rítmicos sin soplos y un abdomen blando depresible sin masas y RHA conservados. EN Ekg se detectó BCRDHH, Rx tórax anodina y analítica con hemograma normal sin anemia, Coagulación con Dímero D 9658,0 y enzimas cardiacas normales. Se solicita AngioTAC torácico fase venosa informado como TEP en evolución, signos leves de sobre carga cardiaca izquierda. Se inicio tratamiento anticoagulante y se solicitó ETT evidenciándose flap a nivel de raíz de aorta y dilatación ascendente de 43 mm. Solicitándose a continuación AngioTAC aórtico que evidencia Disección Aorta Tóraco Abdominal tipo A de Stanford, programándose inmediatamente intervención quirúrgica colocándose prótesis aórtica ascendente sin reimplantes de coronarias dejando VAo nativa.

CONCLUSIONES:

No era su día. La importancia de no demorar el estudio del paciente en esta ocasión, probablemente salvase la vida de la paciente, ya que el diagnóstico de una patología grave como el TEP en principio ocultaba otra patología de sombrío pronóstico, que de no haberse realizado ETT no se hubiese descubierto, por lo que se resalta la importancia de la Ecografía en manos expertas en la medicina de urgencias como elemento fundamental en el diagnóstico.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-67

IMPORTANCIA DEL ECO FAST

**L Noblia Gamba, P Carrillo Fernández Paredes, J Ramiro Lara,
L García Martínez**

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: politrauma-eco fast-rotura esplénica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 55 años antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Caída accidental en moto por pérdida de control de la misma, policontusiones de hemicuerpo izquierdo, traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia. Asistido por el 061 es traslado a puerta de urgencias estable hemodinámicamente y con fijación cervical. A la exploración Glasgow 15, estable hemodinámicamente tensión arterial 130/80 mmHg, deformidad en clavícula derecha excoriación en región lumbar derecha y dolor a la palpación de hipocondrio izquierdo con defensa voluntaria. Analítica destaca hemoglobina de 11 gr/dl. Se realiza Ecofast en urgencias que evidencia contenido líquido en lecho esplénico y posible lesión traumática en el bazo. Se comenta con cirugía y se solicita TAC que confirma el diagnóstico de rotura esplénica por lo que se interviene de urgencias. Tras laparotomía supraumbilical se comprueba hemoperitoneo de 2 litros con rotura esplénica, se procede a la esplenectomía siendo favorable el postoperatorio en unidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIONES:

El manejo inicial de los pacientes politraumatizados es uno de los mayores desafíos de la práctica clínica, ya que se requiere tomar decisiones muy rápidas basadas principalmente en criterios clínicos. La ecografía FAST ha demostrado ser útil para la detección de sangrado en el tórax y el abdomen, además de permitir detectar taponamiento cardiaco en paciente con trauma torácico penetrante y sospechar la presencia de neumotórax. Esto la ha transformado en una herramienta valiosa para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes traumáticos, así como para la selección de pacientes en situaciones de catástrofes. Este procedimiento es de especial importancia en la valoración del paciente politraumatizado como medio diagnóstico rápido (unos 3 a 5 minutos) mientras se realiza de manera simultánea el resto de las exploraciones.

P-68

DOLOR ABDOMINAL E IDENTIFICACIÓN DE MASA ABDOMINAL MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN CONSULTAS DE URGENCIAS

**E Oncala Sibajas, JL Gálvez San Román, C Jiménez Hidalgo,
J Gallardo Bautista, M Casado Muñiz, C Navarro Bustos**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: ultrasonografía-dolor abdominal-abdomen agudo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 29 años sin alergias ni antecedentes médicos, intervenido de una orquiectomía por seminoma, que acude al servicio de urgencias por presentar desde esa mañana dolor progresivo e intenso en fosa ilíaca derecha (FID) junto con náuseas sin vómitos y fiebre intermitente de hasta 38°C, con sudoración y escalofríos. No diarreas ni otra sintomatología acompañante. A la exploración aceptable estado general, afecto por el dolor. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Bien perfundido e hidratado. Hemodinámica estable. Auscultación Cardiorespiratoria normal. Abdomen muy doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, sin masas ni megalias, sin peritonismo, Murphy negativo, Blumberg positivo. MMII: Pulsos simétricos, no edemas. En las analíticas, leucocitos de 12.000 con neutrofilia, resto de parámetros bioquímicos y gasométricos normales. Se practica una ecografía clínica abdominal por parte del MU en la que se visualiza una imagen ipoecogénica en región anterior a la vena cava inferior (VCI) de 4x4x6,5 cms. Se solicita un TAC abdominal objetivando masa de 6 x 5 cm. que impresiona depender del margen posterior de la 3ª porción duodenal de crecimiento exofítico y caudal, con burbujas de gas en su interior e infiltración líquida edematosa de grasa. Su margen postero-inferior se encuentra en íntima relación con la VCI infrarrenal sin plano graso de separación y con efecto de masa sobre la misma y con la arteria iliaca común derecha. Los hallazgos sugieren corresponder con masa de origen digestivo que por su crecimiento exofítico pudiera corresponder con un tumor tipo GIST complicado o un divertículo pre-existente y complicado como segunda opción diagnóstica. Se decide ingreso hospitalario para completar estudio.

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 el diagnóstico precoz de patologías tan importantes como puede ser los GIST, tumores raros del tejido conectivo del tubo digestivo y estructuras contiguas, que pueden surgir en cualquier punto, desde el estómago hasta el ano, y en los que la rapidez del diagnóstico juega un papel crucial para su posterior tratamiento y pronóstico.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-69

UN DERRAME PLEURAL PECILIAR

P Valiente Maresca, S Moreno Ramírez, C Almenara Rescalvo, S García García, L Gómez Villares, AI Alarcón Escalonilla, MJ Martínez Carramiñana

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: pleural effusion-pneumonia-ultrasonography

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 33 años con antecedentes de asma, que acude refiriendo cuadro respiratorio desde hace un mes trabajar un fin de semana con dispositivos de aire acondicionado. Dos días después, empieza con disnea progresiva, tos, expectoración blanquecina y fiebre, tratado con Amoxicilina una semana, aerosolterapia y esteroides inhalados, permaneciendo con disnea de esfuerzos medios, empeorando en los últimos días al reaparecer tos, expectoración verdosa y molestias mecánicas en hemitórax derecho, sin esputos hemoptoicos ni otras síntomas. Niega cuadro constitucional. Exploración física: Afonosis en mitad inferior de hemitórax derecho con soplo tubárico. Pruebas complementarias: Leucocitosis con neutrofilia y radiografía de tórax compatible con derrame pleural derecho. Se ingresa para ampliar estudio, aunque previamente realizamos ecografía para hacer una toracocentesis diagnóstica, pero en lugar de ver una imagen anecoica, vimos un patrón de hepatización pulmonar, típico de neumonía. Hablamos con Radiología, pero dicen que la radiografía sólo es compatible con derrame pleural, indicando TAC durante el ingreso en caso de duda, que al realizarse, se confirmó la neumonía sin derrame pleural. El paciente es dado de alta y al revisarlo en la consulta a las 3 semanas se ve que la neumonía no ha desaparecido completamente, se realiza biopsia por broncoscopia y se diagnostica un carcinoma bronquioalveolar.

CONCLUSIONES:

La ecografía clínica es una herramienta muy útil y práctica en Urgencias. Es un procedimiento inocuo para el paciente y, aunque difícil de dominar, es fácil adquirir unos conceptos básicos para aplicar en situaciones concretas. En este caso, podríamos habernos ahorrado el primer escáner del ingreso, puesto que no era necesario para diferenciar el infiltrado y el derrame porque ya lo habíamos hecho con la ecografía (aunque es cierto que posteriormente nos vino bien para comparar las TAC que se tuvieron que realizar posteriormente). En este caso en concreto, finalmente obtenemos un diagnóstico distinto al de la neumonía que hicimos inicialmente, pero la clave es que pudimos descartar el derrame en primera instancia. Por otro lado, en este caso vemos que es importante realizar un correcto seguimiento de una neumonía, puesto que la mala evolución radiológica o clínica de la misma nos puede orientar a un diagnóstico alternativo.

P-99

DE LA ECOGRAFÍA FAST AL QUIRÓFANO

MP Oliete Blanco (1), AM Díaz De Tuesta Chow Quan (1), S Alcalde López (2), MT Fenández Letamendi (1), L Usieto López (1), AC Cabistany Esqué (1)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (2) Hospital de Jaca. Huesca

PALABRAS CLAVE: ecografía-hemoperitoneo-esplenectomía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 49 sin antecedentes de interés que acude a urgencias al presentar malestar general acompañado de astenia intensa y anorexia con escasa ingesta hídrica y alimentaria en las últimas 48 h. Como incidencia comenta que previo al cuadro clínico sufrió una caída casual desde una silla en su hogar. A la exploración física destaca regular estado general con hipotensión arterial (TA: 87/43), taquicardia (FC: 105) y palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen distendido y doloroso a la palpación difusa, más localizado en hemiabdomen superior y con defensa generalizada. Se extrae analítica de urgencia donde se aprecia anemia intensa (Hemoglobina 6.2 g/dL, Hematocrito 19.2%), insuficiencia renal (Urea 114 mg/dL, creatinina 3 mg/dL), hiperpotasemia (potasio 7 mEq/L) con acidosis metabólica. Se inicia tratamiento con suero-terapia y transfusión sanguínea y ante la posibilidad diagnóstica de shock hipovolémico por abdomen agudo se realiza ecografía FAST objetivándose hemoperitoneo por rotura esplénica. Tras estos hallazgos se indica laparotomía urgente, confirmándose la sospecha clínica y procediendo a esplenectomía.

CONCLUSIONES:

El bazo se lesiona frecuentemente en el trauma abdominal cerrado. La ecografía es útil en el momento agudo si el paciente está inestable para demostrar la presencia de líquido libre intraperitoneal secundario a rotura esplénica, que implica una actitud quirúrgica urgente. Si el paciente está estable y el traumatismo es de alta energía debe estudiarse con TC ya que la exploración ecográfica suele estar limitada por el dolor y la ecogenicidad del hematoma, que en los primeros momentos es isoecoico y puede pasar desapercibido. La esplenectomía era el tratamiento estándar para este tipo de lesiones, pero las complicaciones en el manejo del trauma esplénico asociadas al procedimiento, principalmente la sepsis fulminante posesplenectomía, hicieron reconsiderar esta conducta. Las principales indicaciones de cirugía al ingreso son la inestabilidad hemodinámica y los signos de irritación peritoneal.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-100

¿EL LEXATIN® ME VA A CALMAR? ANAMNESIS Y ECOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO**AM Gutiérrez García, MM Reina Martín, D Ternerero Escudero***Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga***PALABRAS CLAVE:** ecografía-derrame pericárdico-anamnesis**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso. Paciente de 45 años sin alergias ni antecedentes conocidos que acude a urgencias por síncope y sensación de ansiedad. Refiere desde hace un mes dolor retroesternal continuo, no a punta de dedo, que no irradia y no cede, pero que sí aumenta con los cambios posturales, aumentando tanto la intensidad con el decúbito supino. Refiere también una disnea de grandes esfuerzos que atribuye a la gran carga laboral actual y que su médico ha tratado con antidepresivos desde el inicio del cuadro. Exploración y pruebas complementarias. Buen estado general. Conscientes. Buenas constantes. Exploración física anodina. Analítica sanguínea dentro de los parámetros normales. Radiografía torácica: Cardiomegalia no conocida en previas con senos costofrénicos libres. Ecocardiografía de urgencias: En proyección subcostal, se aprecia derrame pericárdico severo con compromiso contráctil. Ecocardiografía transtorácica reglada: Derrame pericárdico de cuantía muy severa (3cm) de predominio posterior con datos ecocardiográficos de repercusión hemodinámica. Juicio Clínico Derrame pleural severo con repercusión hemodinámica secundario a infección viral. Diagnóstico diferencial Síndrome ansiosodepresivo. Disnea de origen infeccioso. Derrame pericárdico neoplásico. Evolución: Punción pericárdica: se extraen 400cc de líquido pericárdico seroso de color ambarino y se realiza control ecocardiográfico que muestra un ligero derrame residual para el que se deja drenaje.

CONCLUSIONES:

En el ámbito de las urgencias existe la tendencia a prejuciar al paciente por su motivo de consulta tras el triaje sobretudo 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 todo esto, se suma la importancia de la ecografía en urgencias facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica, que permite ver por dentro y sin realizar ningún tipo de técnica invasiva.

P-101

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN URGENCIAS, APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO BLUE**S Sanz de Galdeano Delgado, MA Leza Acha, I Fernández Rived, M Hijosa Basarte, A Herrero Azpiazu, A Ibarra Bolt***Urgencias Complejo Hospitalario de Navarra***PALABRAS CLAVE:** ecografía pulmonar-urgencias-protocolo BLUE**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 85 años de edad, con antecedentes personales de HTA, DM tipo II, hipotiroidismo e insuficiencia renal crónica. Encontrándose previamente asintomática, se avisa al 112 por disnea de inicio súbito. Los días previos se encontraba algo más cansada de lo habitual, pero sin clínica respiratoria ni fiebre. En el episodio agudo, no se relata cortejo vegetativo ni dolor torácico. A la llegada de asistencias, se detectan cifras elevadas de TA, saturación de O₂ del 80%, con crepitantes en ambos campos pulmonares. Catalogada como edema agudo de pulmón, se inicia tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo y furosemida e.v. previo a su traslado a urgencias hospitalarias. A su llegada al hospital presenta TA 175/103, FC 113 lpm, T^a 35°C, saturación 97% con mascarilla reservorio. Se realiza gasometría en sala de reanimación, que muestra pH 7,24, pCO₂ 47, pO₂ 109, bicarbonato 20 y lactato 30. Previa a la realización de Rx tórax portátil se realiza ecografía a pie de cama, sugestiva de patrón intersticial bilateral difuso, con múltiples líneas B por campo. No signos sugestivos de condensación neumónica. En Rx posterior se confirma dicho patrón, continuándose con tto deplectivo y solinitrina sublingual. Presenta una diuresis inicial de 300 c.c. con mejoría clínica, arterial y posibilidad de descenso paulatino de flujo de oxígeno. La analítica sanguínea no muestra datos de infección, con Dímero D normal, troponina I de 19, PCR de 13,3 y BNP de 265 (0-254). Posteriormente la paciente ingresa siguiendo tratamiento diurético, sin antibiótico, con evolución favorable hasta su alta.

CONCLUSIONES:

El protocolo BLUE utilizado para la aproximación diagnóstica del paciente con insuficiencia respiratoria aguda, es de gran utilidad en urgencias, a pesar de que todavía no está completamente instaurado en todos los hospitales, necesitando quizás una curva de aprendizaje algo mayor que otros protocolos ecográficos. Aún así, su valor y ayuda es incuestionable en los pacientes agudos con patología respiratoria, para la orientación diagnóstica y el manejo inicial.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-104

DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA EN LOS BRAZOS?

**R Rodríguez Borrego, A Gómez Prieto, I Corbacho Cambero,
MJ González Pimienta, A Martín Aires, J Naranjo Armenteros,
R Garrido Marcos**

Complejo Asistencial Universitario Salamanca

PALABRAS CLAVE: spinal stenosis-medullaris compression-paraplegia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Debilidad de miembros superiores acompañado de dolor cervical. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Mujer de 74 años, Diverticulosis, bocio intervenido y artrosis astrágalo-escafoidea. **IQ:** hemitiroidectomía derecha a los 32 años, prolapso vesical, mastitis derecha. **Tratamiento:** ninguno. **ANAMNESIS:** consulta por debilidad progresiva en EESS desde hace dos meses, dolor cervical, que aumenta con los movimientos, debilidad y pérdida de fuerza en ambas manos dedos de las manos y parestesias. **EXPLORACIÓN FÍSICA TA:** 182/72, FC 105 lpm, SAT O2:96%, 36.4°. **General:** CYO BEG, no IY. **Tórax,** Auscultación cardiaca, abdomen y extremidades sin alteraciones. **nda.** **Exploración neurológica:** -Pares craneales normales. Pupilas isocoras y reactivas. -EESS: Fuerza: 4+/5 para la flexión de los dedos de la mano, resto 5/5. ROT +1/3 estilorrádial y tricipital derechos. Sensibilidad normal. -EELL: Fuerza 4+/5 flexión dorsal pie derecho, resto 5/5. Sensibilidad normal. ROT +1/3 rotuliano y aquileo derecho. Clonus bilateral agotable. Reflejo extensor plantar bilateral. -Marcha cautelosa, con equilibrio conservado. Romberg negativo. No dismetrías. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** **ANALÍTICA** normal. **TAC CRANEAL:** -Imagen hipodensa milimétrica en capsula interna izquierda en probable relacion con espacio vascular de Virchow. -Ocupación parcial de seno esfenoidal de aspecto inflamatorio inespecífico. -Resto sin otros hallazgos significativos. **Diagnóstico DIFERENCIAL** 1 Traumatismos 2 Tóxicos (anfetaminas, opiáceos, cocaína, LSD, fenciclidina). 3 Diabetes 4 Enfermedades del tiroides 5 Enfermedades infecciosas (VIH y VHS) 6 Accidente cerebro vascular 7 Neuropatía hereditaria 8 Miopatía 9 Enfermedades de la 2º motoneurona 10 Mielopatía degenerativa 11 Mielopatía carencial vitamina B12 12 Vasculitis primaria (Granulomatosis de Wegener, Periarteritis nodosa, Lupus, Artritis reumatoide). 13 Vasculitis secundarias (sífilis, enfermedad de Lyme) 14 Neoplasia. **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** Déficit neurológico a estudio de predominio motor en miembros superiores. **RESONANCIA MAGNÉTICA:** estenosis del canal cervical en C4-C5 y C5-C6 motivada por protrusiones disco-osteofitarias difusas, con severa disminución de la amplitud del canal Vertebral y de la médula cervical, todo ello en relación con mielopatía compresiva degenerativa. Protrusión difusa C3- C4 que oblitera por completo espacio subaracnoideo anterior. -Conclusión: Severa estenosis del canal vertebral C4-C5 y C5-C6 con signos de mielopatía asociada. **Diagnóstico:** Estenosis de canal cervical C4-C5 y C5-C6. Mielopatía cervical asociada. **Plan:** Laminectomía-laminoplastia.

CONCLUSIONES:

Una detallada anamnesis y una exploración física reglada, son fundamentales para solicitar las pruebas diagnósticas que en este caso nos permiten hacer un diagnóstico en el Servicio de Urgencias muy aproximado al definitivo.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-110

ROTURA FÓRNIX RENAL DE CAUSA LITIÁSICA

M Jurado Otero, ME Vicente Tobar, C Fanculli, I Arnanz González

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: litiasis renal-insuficiencia renal-dolor agudo**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón joven sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por un dolor súbito en fosa renal izquierda y vómitos. Hemodinámicamente estable y afebre. En la exploración física destacaba una puñopercusión izquierda positiva junto con dolor en flanco izquierdo siendo el resto anodino. Se solicita analítica con leucocitosis y discreto deterioro de función renal. En radiografía abdominal no se visualizan litiasis. Se inicia hidratación y control analgésico con regular control, por lo que se mantiene en observación para control clínico y analítico. Dado el aumento de la creatinina y el regular control del dolor se solicita ECO urinaria donde se objetiva rotura del fórnix renal identificándose litiasis como responsable. El paciente queda a cargo del servicio de Urología quienes en vista de la ausencia de complicaciones relacionadas con la lesión y la progresiva mejoría optan por un manejo conservador del mismo y seguimiento estrecho posterior.

CONCLUSIONES:

El cólico renourteral es una patología con una alta prevalencia en un servicio de urgencias por lo que es clave detectar los casos en los que puede producirse una complicación. Para ello, el estudio de imagen y en concreto la ecografía, nos aporta una herramienta fundamental para establecer el diagnóstico, las posibles complicaciones y el pronóstico del paciente. En este caso en concreto se identifica una lesión poco frecuente como es el caso de la rotura del fórnix calicial. Esto podría llevar a la aparición de un urinoma con el consiguiente riesgo de sobreinfección.

P-111

VARÓN CON BRUCELOMAS HEPÁTICOS

LM Prieto Gañán, I Calero Paniagua, MT Cuerda Clares,

JC Ramírez Luna, JA Vicente Rodrigo, D Mora Peña

Hospital Virgen de La Luz. Cuenca

PALABRAS CLAVE: brucelomas hepáticos-rosa de bengala-absceso hepático**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, artrosis, deterioro cognitivo leve y brucelosis en la juventud que acude a Urgencias por malestar general, fiebre de hasta 39°C y dolor en hipocondrio derecho de siete días de evolución, negaba náuseas y/o vómitos, alteraciones del tránsito intestinal y síndrome constitucional. En el examen físico destacaba dolor a la palpación en hipocondrio derecho e ictericia. En Urgencias se realiza analítica sanguínea con elevación de reactantes de fase aguda (RFA) y alteración de las transaminasas y enzimas de colestasis, y tras los hallazgos del estudio radiológico (ecografía abdominal y TC abdomino-pélvico), en los que se apreciaban múltiples lesiones ocupantes de espacio hepáticas calcificadas compatibles con granulomas brucelósicos y una gran colección hepática, se inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina-Tazobactam e ingresa en Medicina interna. Durante su hospitalización se completó el estudio con la prueba Rosa de Bengala, que resultó positiva con un título 1/640 y se asoció al tratamiento Doxiciclina y Gentamicina, así mismo, tras valoración por Cirugía General y Digestiva se realizó drenaje percutáneo de la colección obteniéndose 250 mL de líquido purulento, del que no se obtuvo documentación microbiológica. Los hemocultivos extraídos también resultaron negativos. La evolución del paciente fue favorable con desaparición de la fiebre y mejoría de los RFA, y se pudo retirar el drenaje siendo dado de alta.

CONCLUSIONES:

La afectación hepática en la brucelosis es frecuente dada la afinidad de estos microorganismos por el sistema reticuloendotelial, manifestándose en la mayoría de los casos de forma subclínica. La aparición de abscesos se ha descrito en raras ocasiones, presentándose habitualmente de forma única. La sobreinfección de estos brucelomas es una complicación excepcional, siendo el tratamiento de elección el drenaje y el tratamiento antibiótico empírico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-113

BULTOS, BULTITOS Y BULTOMAS, EL CAPÍTULO ECOGRÁFICO MÁS AGRADECIDO

A Portela Martín (1), C Herrera Carcedo (2), R Ruiz Merino (1), M Varela Patiño (1), P Bañuelos Peña (1), J Arnaiz Alija (3), Y González Silva (3)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) C. S. Briviesca. Burgos.

(3) Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: ultrasonografía-melanoma-efecto doppler

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 66 años, alérgica a penicilina, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo e hipertransaminasemia no filiada. Intervenida de perforación timpánica bilateral, melanoma facial en 2003 y melanoma en extremidad superior derecha en 2011. En tratamiento con olmesartan, hidroclorotiazida, rosuvastatina y levotiroxina. Acude a urgencias de medio rural porque refiere aparición de ?bulto? no doloroso en extremidad superior izquierda desde hace pocos días, no sabe especificar el momento de aparición. No refiere traumatismo previo ni lesiones similares en otras partes del cuerpo. Se aprecia nódulo palpable de 1-2 cm de diámetro, duro y adherido a planos profundos en cara externa de brazo izquierdo. No características inflamatorias. Resto de anamnesis y exploración física por aparatos sin alteraciones, no hiporexia, astenia ni pérdida de peso. Se realiza ecografía de la zona. Se observa en cara lateral de extremidad superior izquierda, en plano subcutáneo formación sólida de bordes irregulares de 16.9x9 mm con 2 zonas hipoeoicas en su interior. La imagen se corresponde con el nódulo palpable. El estudio con doppler color revela una intensa señal de neovascularización atípica sobre el mismo. Dados los antecedentes de la paciente y la imagen ecográfica, se deriva a urgencias hospitalarias, donde se decide derivar a cirugía plástica, donde la paciente es vista 4 días después. Se realiza extirpación-biopsia de la lesión y es mandada a anatomía patológica.

CONCLUSIONES:

La utilidad de la ecografía en el diagnóstico en Urgencias es extraordinaria. Desde ecografía abdominal, lo más común y conocido, hasta llegar a ecografía musculoesquelética, con infinidad de diagnósticos por imagen. Sin embargo, no hay que olvidarse de otras, entre ellas la ecografía de masas y nódulos superficiales. Todas ellas permiten afinar el diagnóstico de certeza y disminuir la incertidumbre con la que siempre se cuenta, siendo más acentuado en una urgencia de medio rural, que está más alejado del hospital. A mayores, el diagnóstico de masas y nódulos superficiales con ecografía es más agradecido todavía, ya que poner la sonda y el doppler encima de lo que se palpa ayuda a diferenciar patología grave, urgente y preferente de patología banal. Hay que añadir, también la rapidez con la que se puede ver la lesión teniendo el ecógrafo a mano, a diferencia de otras localizaciones. Y aunque, no será un diagnóstico definitivo ni una urgencia vital, la utilidad en la urgencia sí nos puede cambiar el pronóstico del paciente.

P-114

¿QUÉ ES LO QUE LLEVA AHÍ ESCONDIDO?

S Moreno López de Lerma, RM Aparicio Alonso, L Fuentes Pardo, AC Llorente Rojo, AM Nieto Huertos, CI López Ballesta, M Rodríguez Morosoli

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

PALABRAS CLAVE: adenopatía axilar-metástasis-melanoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 años que acude a Urgencias por tumoración en cara anterior de axila derecha, no dolorosa a la palpación, de tiempo indeterminado de evolución. No síndrome constitucional ni datos de alarma asociados. Se realiza exploración física general insistiendo en la presencia de ganglios axilares no detectándose ninguna adenopatía asociada. Se solicita analítica básica y radiografía de tórax, sin hallazgos de interés. Dado que el paciente presenta buen estado general se solicita ecografía preferente y se deriva a consulta de MI de Diagnóstico rápido. En ecografía de partes blandas destaca ?Masa sólida voluminosa de partes blandas, de 7.5x5 cm de diámetro, centrada en tejido celular subcutáneo que desplaza en profundidad al músculo pectoral mayor derecho. Se recomienda descartar lesión neoplásica.? Se realiza BAG programada eco-guiada, con resultado en anatomía patológica de metástasis de melanoma. Desde la Unidad de Diagnóstico Rápido se solicita interconsulta con TAC de extensión, Interconsulta con Dermatología, Oncología y se solicita fondo de ojo. En TAC de extensión, además de la adenopatía axilar derecha de gran tamaño, destacan adenopatías inguinales bilaterales con realce significativo y adenopatías mediastínicas inespecíficas. Fondo de ojo informado como normal. En dermatología se realiza exéresis de 3 lesiones en las inmediaciones de la axila negativas para melanoma en estudio anatomopatológico. En oncología se pautó tratamiento con Nivolumab por melanoma (TXN3M0) consiguiendo respuesta parcial en TAC de control (Disminución de tamaño de masa adenopática axilar derecha y adenopatías adyacentes sin datos de extensión). Pendiente de intervención quirúrgica para linfadenectomía axilar.

CONCLUSIONES:

Las adenopatías consisten en el aumento de tamaño o alteración de consistencia de ganglios linfáticos (mayor de 1cm). En región axilar debemos realizar diagnóstico diferencial entre neoplasia de mama, leucemia, linfoma, linfangitis, linfadenitis, esporotricosis, infecciones virales (VIH, VHZ, VEB?) hidrosadenitis, foliculitis, quistes o lipomas en caso de ser unilateral. En nuestro caso, es importante destacar que, a pesar de no ser una patología urgente, la actuación desde el Servicio de Urgencias y derivación a Unidad de Diagnóstico Rápido permitió el diagnóstico de melanoma metastásico y su tratamiento de forma más rápida que la habitual, mejorando el tiempo y el pronóstico del paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-116

ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTE CON DISNEA EN EL BOX DE URGENCIAS: ¿CUÁNTO TIEMPO GANAMOS?

W Blanco Pérez (1), LM Román (1), A Morales Rodríguez (2), R Penedo (3)

(1) Unidad de Ecografía de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. (3) Coordinador de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: ecografía-disnea-urgencias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 87 años. AP: EPOC, cardiopatía isquémica e HTA. Acude a urgencias por disnea de reposo de 1 semana de evolución, tos y flemas sin fiebre. EF: saturación de oxígeno basal del 94%. Afebril. Sin ingurgitación yugular ni edemas de miembros inferiores. AP: crepitantes bilaterales. Fue abordado en el box por un médico residente y por un adjunto de urgencias miembro de una unidad de ecografía de urgencias. Realizamos ecografía pulmonar aplicando el protocolo BLUE a la vez que el médico residente solicitaba las pruebas de rutina (analítica, rx) y realizaba anamnesis y exploración física. Cronometramos por separado el tiempo invertido para la realización de la ecografía pulmonar y el transcurrido desde la solicitud de gabinetes y la obtención de estas. Para la ecografía pulmonar, el tiempo fue de 3 minutos, 55 segundos. Objetivamos desplazamiento pleural bilateral y líneas B bilaterales, pautándose en el momento tratamiento para descompensación de ICC. Ante los hallazgos ecográficos, se decide no pautar antibióticoterapia. El tiempo para la obtención de la radiografía fue de 1 hora y 4 minutos, y para los resultados de la analítica 1 hora y 42 minutos. La radiografía presentaba signos de redistribución y la analítica tenía ausencia de leucocitosis, PCR normal y elevación del BNP. El paciente fue ingresado y dado de alta con los diagnósticos de Insuficiencia cardíaca grado funcional II, cardiopatía hipertensiva isquémica con FEVI disminuida y EPOC.

CONCLUSIONES:

Conocemos las bondades que aporta la realización de la ecografía pulmonar en el diagnóstico diferencial del paciente con disnea (Anesthesiology, V 100, No 1, Jan 2004. Am J Respir Crit Care Med Vol 156. pp 1640-1646, 1997. CHEST 2011, 139(5):1140-1147). Queríamos conocer el tiempo que ganamos al implementar la ecografía pulmonar en el diagnóstico diferencial de la disnea a la llegada del paciente a urgencias y la toma de decisiones terapéuticas. Creemos que existen suficientes evidencias que apoyan la utilización de la ecografía pulmonar en el box de urgencias, aportando sus resultados un diagnóstico acertado y mejorando la toma de decisiones terapéuticas en menor tiempo y en beneficio del paciente.

P-117

ECOGRAFÍA VASCULAR EN URGENCIAS. SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

J Toral Marín (1), C Amodeo Arahal (1), M Poyato Borrego (2), J Batista Cruzado (2), A Fernández Simón Almela (2), I López Márquez (2)

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. (2) Hospital San Juan de Dios. Aljarafe, Sevilla

PALABRAS CLAVE: aortic dissection-chest pain-ultrasound

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 82 años hipertenso en tratamiento con enalapril 20mg/12h como único antecedente de interés que fue traído al servicio de urgencias por haber presentado a las 09:30h de la mañana mientras desayunaba clínica de dolor torácico descrito como opresivo, de intensidad creciente y que asociaba sudoración profusa, sin irradiación. El electrocardiograma no mostró alteraciones de segmento ST, negativización de Ondas T u ondas Q. Dada la tipicidad de la sintomatología se decidió su paso al área de Observación por sospecha de SCASEST para monitorización cardíaca y realización de analíticas con marcadores de daño miocárdico. En observación, presentó hasta en dos ocasiones clínica sugerente de focalidad neurológica consistente en desconexión del medio de segundos de duración. La primera ocasión, desapareció en segundos y dada la inespecificidad de los síntomas y ausencia de datos sugerentes de un territorio vascular cerebral concreto, se asumió como sintomatología en el contexto hemodinámico. La segunda vez, no emite lenguaje, tendencia de la mirada hacia la derecha, hemianopsia homónima izquierda. Parálisis facial supranuclear derecha. Balance motor con claudicación en Barré y Mingazzini de miembros izquierdos, con reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo. Ante esto y el aumento de analgesia para control del dolor torácico, sospechamos la posibilidad de una disección aórtica por lo que realizamos a pie de cama una ecografía vascular detectando una disección de arteria carótida izquierda con salida de luz verdadera y luz falsa predominando el componente de luz verdadera (Fig 1). Para confirmarlo, solicitamos angioTAC (Fig. 2) que confirmó la sospecha de disección arterial tanto a nivel de los troncos supraaórticos como en el cayado aórtico. No se identificó extensión distal al territorio del cayado pero sí la afectación de la A. subclavia izquierda (mostraba la salida de luz verdadera y luz falsa con mayor componente de luz verdadera). También había afectación del T. Braquiocefálico con salida mixta con predominio de luz verdadera y menor componente de luz falsa.

CONCLUSIONES:

La ecografía vascular es una herramienta de gran utilidad para los médicos de Urgencias permitiendo una orientación más precisa del diagnóstico de múltiples patologías como la aquí expuesta que permitió un diagnóstico precoz.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-118

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS:
A PROPÓSITO DE UN CASO

C García Jiménez, N Alba Del Pozo, EM Fernández Quijada,
E Molina Pérez de los Cobos, P Llor Zaragoza, D Peñalver Espinosa

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: ultrasonography-endometriosis-hydronephrosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Masa abdominal. ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Endometriosis en seguimiento. Cirugías previas: apendicectomía, cesárea. Resto sin interés. HISTORIA ACTUAL: Mujer de 34 años. Acude a Urgencias porque, desde hace 1 semana, se palpa masa abdominal dolorosa que no se modifica con el decúbito y que no altera su ritmo intestinal. Por otro lado, refiere dolor lumbar derecho no mecánico desde hace 2 días, así como sensación distérmica no termometrada. No otra sintomatología. EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión Arterial 130/60 mmHg, temperatura 38.7°C. Abdomen: Peristaltismo presente, blando y depresible, tumoración levemente dolorosa en hipogastrio/fosa ilíaca izquierda que no se modifica al Valsalva ni la bipedestación, no signos de peritonismo, puño-percusión renal izquierda negativa y derecha dudosa. Resto anodina. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Creatinina 0.6 mg/dL, leucocitos 14.100/mcL. Resto normal. Ecografía abdominal: Hidronefrosis derecha grado IV secundario a gran masa pélvica de 8.5 x 13.5 cm que parece depender del ovario izquierdo, con contenido ecogénico homogéneo en su interior que, si bien puede tratarse de un gran endometrioma, probablemente haya existido sangrado autolimitado en su interior sin signos de sangrado activo. El contenido hipoeoico con algún eco en su interior de la hidronefrosis podría estar en relación con sedimento de origen infeccioso. Resto sin hallazgos. DIAGNÓSTICO: Pionefrosis secundaria a gran endometrioma. TRATAMIENTO, ACTITUD, EVOLUCIÓN: Tras valoración por ginecólogo de guardia, quien cita para ingreso programado para estudio y tratamiento hospitalario y resolución quirúrgica del probable gran endometrioma, la paciente es sometida a cateterismo ureteral derecho con catéter doble J sin incidencias, con salida de orina purulenta, procediéndose a ingreso a cargo de Urología para tratamiento antibiótico hospitalario y con postoperatorio dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES:

La ecografía es una herramienta diagnóstica muy útil en la atención urgente, pues permite a los profesionales entrenados evaluar en tiempo real, de forma rápida, cómoda y sin irradiación, al paciente, al mismo tiempo que permite orientar mejor el diagnóstico y, por tanto, el abordaje terapéutico. Es un método de bajo coste para el que sólo es necesario una formación y equipo apropiados.

P-119

QUÉ MAREO Y DOLOR DE TRIPA TENGO

JW Quenata Romero (1), A Macías López (1), M Martín Sánchez (1),
I Martiño Díaz (1), MC Morante Navarro (2), A Salinero Jiménez (1),
JG Lara Lara (1)

(1) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. (2) Centro de Salud de Candeleda. Ávila

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-mareo-síncope

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 79 años de edad con antecedentes de FA, portador de marcapaso por enfermedad de seno carotideo en tratamiento con sin-trom y trangorex, no alergias medicamentosas conocidas, traído por el 112 por pérdida de consciencia de minutos de duración posterior a la cena, previamente refiere mareo y dolor hemiabdomen derecho tipo cólico, analítica normal, buena evolución tras hidratación y analgesia dado de alta. 2 semanas después acude nuevamente a Urgencias refiere que viene solo y conduciendo su vehículo por dolor abdominal de inicio súbito, localizado en fosa renal derecha e irradiado a región lumbar y fosa ilíaca del mismo lado, acompañado de mareo sin pérdida de la consciencia, sudoración profusa, malestar general, ansioso, no tolera estar sentado. Presenta hematoma suprapúbico en reabsorción, cuenta que hace una semana se golpeó el abdomen con una caja, sin prestarle mayor importancia. Examen físico TA 134/84 F.C. 71 Sat O 96% Consciente, orientado ligera palidez, sudoroso, hidratado y perfundido. AC arrítmico AP MVC. Abdomen: resistencia de pared abdominal más acentuada en hemiabdomen derecho, hematoma superficial suprapúbico amplio en resolución. Masa pulsátil en fosa ilíaca y vacío derecho de unos 5 cm de diámetro. No reacción peritoneal. RHA: normal. Mientras se informaba a la familia y en su presencia paciente presenta pérdida de conocimiento con movimientos rápidos, el hijo identifica similar situación hace 2 semanas. Paciente sufre PCR por lo que precisa RCP avanzada hasta su estabilización. Se solicita TAC abdominal urgente: informe Aneurisma roto de la arteria iliaca común derecha con diámetros de 6,4x6,3x6,1APxTxCC respectivamente. Abundante líquido intraabdominal perihepático periesplénico y en pelvis en relación con hemoperitoneo.

CONCLUSIONES:

Los aneurismas aislados de la arteria iliaca, sin un aneurisma aórtico abdominal (AAA) asociado, son raros. Los aneurismas aislados de la arteria iliaca tienen una prevalencia del 0.3% y representan solamente el 0.6% de los aneurismas aortoiliacos. Su localización dificulta su diagnóstico por este motivo, cursan asintomáticos hasta su rotura se asocia a una elevada mortalidad. Su incidencia se estima en 70 por 100000 habitantes/año en pacientes hombres con edades entre 65 y 75 años. La arteria iliaca común está afectada más a menudo (del 70 al 90%) El diagnóstico presuntivo de rotura se establece con la triada: Masa pulsátil. Dolor abdominal y/o lumbal. Hipotensión arterial.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-121

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS ESTADIO IV.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**MJ García Miranda (1), V Siles Jiménez (1), S Valverde Martínez (1),
C Pérez Fernández (2), AM Chuchón alva (2),
L Hernández de Francisco (2), AF Viola Candela (2)**

(1) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. (2) Centro de Salud Ávila Norte

PALABRAS CLAVE: hematuria-dolor-malignidad

HISTORIA CLÍNICA:

El Carcinoma de células renales o de células clara, antiguamente llamado hipernefoma, también conocido como Tumor del Internista, supone el 85% de los tumores malignos primarios del riñón, es el tumor renal más frecuente del adulto entre los 50 y los 70 años. Es más frecuente en varones que en mujeres (3:1). Su incidencia es creciente. La exposición al tabaco, plomo, cadmio, radiaciones y virus aparecen entre sus factores causales. Mujer de 73 años, HTA, Dislipemia, síndrome depresivo-ansioso, en tratamiento con enalapril/Hctz, atorvastatina, sertralina, lorazepam. Consulta por dolor lumbar izquierdo de 3 días de evolución, intensidad moderada, irradiado a flanco izquierdo, acompañado de hematuria franca no coágulos, síndrome miccional irritativo, no fiebre, no náuseas ni vómitos, no pérdida de peso, no síndrome constitucional. Exploración: Afebril, constantes estables, TA:124/90, Abdomen: Blando, leve doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo, PPL negativa. Analítica: Hemograma Hb: 8,6, Bioquímica: creatinina 2,3mg/dl, GOT/AST 12U/l, LDH:310 Fosfata alcalina:116, PCR:19,3, Orina: Eritrocitos suop.300,Coagulación(n). Ecografía de aparato urinario: Masa renal izquierda sugerente de neoplasia renal, vejiga se identifica una imagen de aspecto poliploidea bilobulada 12 x 5 mm. TAC toraco-abdominal: Neoplasia de riñón izquierdo, que infiltra pelvis y uréter proximal, implantes tumorales en espacio perirrenal y trombo tumoral ocupando la vena renal izquierda con extensión a la vena cava inferior. BAG Renal: Cáncer renal células claras. PEC-TAC: Neoplasia renal izquierda, trombosis de vena renal, imágenes pararenales izquierda y adyacente al psoas izquierdo, sospecha de metástasis en isquión izquierdo. Se realizó RTU vesical de lesión polipoidea que fue negativa para malignidad. Juicio clínico: Carcinoma de células claras Estadio IV. Resultados: Ante el estadio avanzado de la enfermedad se desestima el tratamiento quirúrgico e inicia tratamiento con Pazopanib, Denosumab, calodis e Innohep a espera de resultados de tratamiento.

CONCLUSIONES:

En este caso confirmamos una vez más el porqué el cáncer renal es llamado ?el tumor del internista?, ya que se trata de una paciente sin antecedentes de interés tanto de enfermedad y de hábitos tóxicos, y que solo con el síntoma de hematuria se diagnostica un tumor tan avanzado con metástasis a distancia.

P-122

6 H Y 6 T DE UNA EPIGASTRALGIA

MA Castillo Wisman, R Campo Linares

Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: reanimación cardiopulmonar-ecocardiografía-taponamiento cardiaco

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 19 años de edad con antecedentes de reemplazo cardiaco a los 11 años por insuficiencia cardiaca severa por infección previa viral por H1N1, según refiere toma de medicación irregular. Acude al servicio de urgencias por presentar epigastralgia de 2 días previos asociado a vomito, hiporexia y malestar general sin fiebre. En urgencias estable constantes 110/60 mmHg FC 120 lpm FR 18 RPM T° 36°C SatO2 96% ambiente. Durante la perfusion de buscapina compuesta presental perdida de la conciencia, se toman constantes vitales con TA 80/50 mmHg y se realiza E.K.G. en ritmo sinusal a 70 lpm bloqueo AV de 1 grado con pobre progresión de la R en todas las derivaciones, no Q y sin cambios de la onda T ni del segmento ST. En box vital donde presenta perdida de pulso con actividad eléctrica en el monitor. Se inicia RCP avanzada con IOT, masaje cardiaco externo y dosis de adrenalina en bolos. Se valoran las analíticas solicitadas durante la RCP sin trastorno de iones, gasometría venosa sin acidosis, y glucemia 110 mg/dl, se realiza durante la RCP ecocardiografía donde se objetiva derrame pericardico masivo tabicado se realiza drenaje subxifoideo con mínimo drenaje del mismo y se coloca dosis de adrenalina intracardiaca, se avisa al cirujano de guardia realizando toracotomía lateral izquierda se drena derrame pericardico masivo con posterior masaje cardiaco directo y nueva dosis de adrenalina intracardiaca, se continua RCP sin respuesta y asistolia.

CONCLUSIONES:

El shock de origen cardiovascular sin respuesta adrenalina es poco habitual en el paciente agudo gracias al diagnóstico por imagen se pudo aclarar la causa de la parada cardio respiratoria súbita que presento nuestra paciente. Los pacientes con trasplante cardiaco realizados en España en promedio de 250 a 300 procedimientos por año desde 1984, sufren una denegación cardiaca que los mantiene con una taquicardia sinusal, algunos veces con los años no se regeneran por lo que presentan dolores torácicos atípicos y poca respuesta adrenalina. La ecografía debe ser una herramienta fundamental para el diagnóstico y guiar una respuesta al tratamiento en reanimación cardio pulmonar ya que ahora directamente vemos lo que ocurre.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-127

DOLORES QUE ESCONDEN SORPRESAS

**P Andújar Brazal, D Peñalver Espinosa, MP Cánovas Sánchez,
BE Costa Martínez, I Saura García, PM Alcázar Artero,
P Pérez Martínez**

Hospital Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: lymphoma-abdominal pain-spleen

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 45 años, consulta en urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo, continuo, no irradiado, que empeora con la inspiración profunda, de menos de 24 horas de evolución. No otra sintomatología de interés. Como antecedentes personales destacan episodios de cólicos renoureterales. En la exploración física se palpa dudosa esplenomegalia, con dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo. Nódulo móvil en axila derecha sugerente de adenopatía. La analítica sanguínea sólo revela discreta plaquetopenia (128.000). Se realiza radiografía de abdomen, en la que destaca efecto de masa en el hipocondrio izquierdo que desplaza medial e inferiormente el ángulo esplénico del colon. Se completa estudio con ecografía abdominal, detectándose aumento de tamaño del bazo e infiltración del parénquima por múltiples masas hipocogénicas, vascularizadas. En hígado se identifica lesión focal sólida, hipocogénica, de unos 3 cm, también vascularizada. Todo ello hace sospechar proceso linfoproliferativo como primera posibilidad. Ingresa a cargo de Medicina Interna, realizan biopsia de adenopatía que revela tejido infiltrado por población linfocitaria de pequeño tamaño, con inmunohistoquímica positiva para CD20, BCL6, BCL2 y CD10, hallazgos compatibles con diagnóstico de Linfoma Folicular. Estudio de estadaje mediante PET/TAC que concluye existencia de lesiones supra- infradiaphragmáticas de características metabólicas malignas, con probable afectación ósea, tratándose por tanto de Linfoma No Hodgkin folicular B estadio IV-A. Finalmente, se inicia tratamiento esquema RCHOP.

CONCLUSIONES:

Los linfomas foliculares suponen el 20% del total de linfomas, con un pico de incidencia en la sexta década de la vida. La presentación habitual es en ganglios linfáticos, afectando también bazo, médula ósea, sangre y anillo de Waldeyer. Las localizaciones extraganglionares pueden presentarse en piel, tracto gastrointestinal, anexos oculares, mama y testículos. Al diagnóstico la mayoría de los pacientes presenta estadios avanzados. En todos los casos el diagnóstico se realiza por biopsia excisional de una localización ganglionar accesible. Finalmente, el tratamiento en estadios localizados se basa en radioterapia loco-regional. En estadios avanzados, los pacientes que precisan tratamiento (sintomáticos o con criterios de alta masa tumoral), la inmunoterapia con rituximab es la mejor opción terapéutica, sin embargo, no está establecido qué régimen de poliquimioterapia (ciclofosfamida, vincristina y prednisona (CVP), CVP y adriamicina (CHOP), o combinaciones con fludarabina o con bendamustina) debe acompañar al rituximab.

P-129

TENGO UN BULTO EN MI CUELLO

N Martín Díaz, Y Reverte Pagan, R Parras Calahorro

HGU Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: laringocele-tumor-inflamación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 47 años de edad, sin antecedentes de interés, no toma tratamiento crónico, que consulta por bultoma en región cervical que apareció hace 2 meses, doloroso, que se inflama y desinflama y que ha empeorado en los últimos días. No fiebre. Refiere dificultad ocasional para la deglución. Exploración física en urgencias: TA: 139/84, T: 37.6, FC: 74 Eupneica. Bultoma submaxilar hasta ángulo mandibular derecho de 5-4cm, móvil y doloroso, de consistencia gomosa, sin eritema ni aumento de temperatura local. Analítica sin hallazgos patológicos. Radiología: Colección de aire de 6X4X4cm paralaríngea derecha que no comprime vía aérea. Tras hallazgos y dado el buen estado general de la paciente, se deriva a consultas de otorrinolaringología que tras fibroscopia diagnóstica de laringocele derecho y propone para intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El laringocele es una herniación de la mucosa a través de una dilatación del ventrículo laríngeo. Es una patología poco frecuente y su hallazgo suele ser casual. Suelen ser asintomáticos y su manifestación principal es como masa cervical que aumenta con maniobra de Valsalva. Su diagnóstico definitivo es con fibroscopia pero una prueba sencilla y accesible como radiografía es muy sugestiva. En urgencias hay que establecer diagnóstico diferencial con adenopatías, quiste de conducto tirogloso, quistes de segunda hendidura branquial, divertículos faríngeos, traqueocele, lipoma o higroma quístico. Su tratamiento es quirúrgico y siempre tras realización de TC.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-130

DERRAME PERICÁRDICO HEMÁTICO

MA H F, C Tejero Pallarés, E Mora Bastante, S Gayoso Martín,
A Ardila Soto, J Madrigal Valdés, MP Ortega Mercader

Hospital El Escorial. Madrid

PALABRAS CLAVE: derrame pericárdico-taponamiento cardiaco-astenia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un paciente varón de 70 años IABVD HTA, no DM, no DL fumador de 70 paquetes al año, Flutter auricular con ablación en 2012 recidiva en Abril 2016, inicia hace una semana acenocumarol y diltiazem. Trastorno ventilatorio mixto con atelectasia-infiltrado en LID en seguimiento. Y una intervención torácica 50 años atrás por caída de caballo, probable empiema y exéresis de una costilla (sin informes) Acude al SU refiriendo un cuadro por 10 días de astenia intensa, sin disnea ni otros síntomas congestivos. Pérdida de unos 7 Kg de peso e hipo incoercible de dos semanas de duración que cedió espontáneamente. Sudoración profusa, sin dolor torácico. No fiebre ni cuadro catarral. Exploración Física: FC 133 Sat O2 88% TA 110/71 T°35.0, roncus dispersos con espiración prolongada, resto de la exploración normal. Pruebas complementarias: Flutter con conducción variable, radiografía de tórax pinzamiento de SCF derecho con elevación de hemidiafragma izquierdo e ICT normal, Hb 11.7 (14-18) Hematocrito 35%, INR 5.33 TP47.8? TTPA 70?. en la GAB PO2 50.3 PCO2 33.6, PO2(A-A) 44.9 Fracción de oxihemoglobina 85.1%. DD 1.6 (0-0.5). TC de tórax, imagen hipodensa de 12x6.9x5.3cm antero-basal cardiaco derrame vs. masa pericárdica-Múltiples adenopatías. Solicitado ECO Cardio confirma imagen pericardica que no produce taponamiento y no descarta un origen extracardiaco. Ecocardiograma TT misma conclusión. Se realiza RMN: Atelectasia LID derrame pericárdico loculado que impresiona de contenido hemático. Se realiza BF que muestra imagen de aspecto tumoral en segmento 9 del ABD, aconsejando PET Se retira el acenocumarol y el derrame se resuelve, dado de alta seguirá estudio por neumología.

CONCLUSIONES:

Ante un derrame pericárdico hay que plantear: etiología, si hay afectación hemodinámica y tratamiento. En este caso la etiología fue la sobre dosis de acenocumarol pero la causa más frecuente de derrame hemático es el posquirúrgico, y la causa más frecuente en general las infecciones o enfermedades inflamatorias -autoinmunes o neoplásicas. Esta paciente no presentaba clínica de taponamiento cardiaco y se mantuvo una actitud conservadora. El ECO cardiograma es la técnica de elección para el estudio, aunque la RMN es más sensible y específica pero su accesibilidad en urgencias es menor.

P-131

DIAGNÓSTICO DE LA DISNEA EN URGENCIAS...

MA Castillo Wisman, R Campo Linares

Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: soplo cardiaco-comunicación interventricular-insuficiencia cardiaca

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 63 años con antecedentes de exfumador hace 4 años, HTA, y D.M. tipo I, para lo cual toma enalapril/ HTZ, metformina, amlodipino, consulta por presentar varias semanas con disnea de esfuerzos leves que se han hecho moderados con tos sin expectoración, sin fiebre, sin disnea paroxística nocturna. Constantes estables con satO2 91% ambiente se ausculta soplo en paraesternal derecho, accesorio aortico grado IV/VI, y disminución de ruidos en bases. No edemas de miembros inferiores. E.K.G. Ritmo sinusal a 80 lpm Q y T negativas inferior no cambios agudos del st. Troponina (-) BNP 171 Se realiza eco pulmonar con patrón de líneas B bilateral y derrame pleural bilateral. Ecocardiografía TT en urgencias FEVI conservada no Dilatación ventricular, No derrame pericardio, con presencia de defecto de tabique interventricular de 14 mm compatible con CIV. Rx tórax: cardiomegalia, congestión parahiliar, derrame pleural bilateral.

CONCLUSIONES:

La disnea es una patología prevalente y en aumento en los servicios de urgencias de gran morbilidad por lo que un buen diagnóstico diferencial es muy importante, gracias al día de hoy contamos con imagen a pie de cama para ayudar a su diagnóstico oportuno y optimizar el tratamiento. La ecografía a pie de cama demuestra cada vez más su utilidad en los servicios de urgencias en el diagnóstico diferencial de una disnea. El manejo oportuno y adecuado de la insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias mejora el pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-128

PULMÓN BLANCO

AR Uribe Mathews, AM Gallur Martínez, W Humaid, M López López

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: ecografía-pulmonar-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Objetivos: El diagnóstico diferencial en el servicio de urgencias en un paciente hemodinámicamente estable con disnea aguda y sin mejoría tras ventilación mecánica no invasiva. Ecografía POCUS () realizada por médicos de urgencias en el box vital en los primeros 20 minutos el ingreso al paciente a urgencias. Se utiliza como herramienta de precisión diagnóstica, permite instaurar restaurar tratamiento de forma rápida y específica. Material paciente y métodos: Varón de 60 años derivado del SUMMA acude por disnea aguda que inicia en las últimas horas sin mejoría clínica tras tratamiento ventilatorio. Asociado a infección respiratoria de cuatro días. EF: TA 90/60, FC 120 lpm, SatO2 con máscara de reservorio 80%. Se encuentra: Pálido, disneico, diaforético. Ex. Pulmonar: uso de musculatura accesoria, murmullo vesícula disminuido en ambos campos pulmonares con crepitantes húmedos a predominio de bases. Radiografía portátil de tórax: hemitórax izquierdo presenta pulmón blanco. Se realiza Ecografía pulmonar, el paciente en sedestación debido a la inestabilidad que presenta, con sonda de 3,5-5 mHz para la exploración pulmonar en busca de la etiología y manejo de pulmón blanco. Diferenciando del Pulmón blanco sólido, líquido o mixto. Presentando el paciente exclusivamente el primero, a nivel de los 2/3 inferiores del pulmón izquierdo sin presencia de líquido libre, con visualización del diafragma. El estudio se realiza en línea media clavicular, línea media anterior. Encontrándose signos de hepatización pulmonar y con bronquiectasia húmedas característico de consolidación pulmonar. Ingresa en la UCI con ventilación mecánica invasiva. Se inicia tratamiento antibiótico búsqueda del germen y estabilización del paciente. Tac Pulmonar: Hallazgos sugerentes de neumonía necrotizante en hemitórax izquierdo. Imágenes parcheadas en LSD en relación con diseminación broncogénica de su proceso de base. Hidroneumotórax izquierdo.

CONCLUSIONES:

La ecografía en urgencias, es un instrumento cada vez más utilizado. Como en este caso es un método útil y rápido en el diagnóstico diferencial del pulmón blanco. Para obtener un diagnóstico final certero.

P-132

SIN OLVIDARNOS DE LA SISTEMÁTICA

ME Guerra Hernández, A Blanco García, P López Tens, J Villar Ramos, D Fernández Torre, GE Rijo Nadal, JL López Defillo

R3 Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. Camargo Costa. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: cervicalgia-horner-pancoast

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 33 años que acude a servicio de Urgencias por presentar dolor en región cervical irradiado a territorio C8 (parestias en extremidad superior derecha) desde hace varios meses, además asocia ptosis palpebral derecha junto con paresia facial izquierda desde hace 1 semana. Acudió hace unos dos meses a este servicio por dicha cervicobraquialgia. Como antecedentes personales es fumador activo de 20 cigarrillos al día desde hace 15 años, asmático sin tratamiento de base. En la exploración física destaca parálisis facial central izquierdo, ptosis palpebral derecha, miosis y enoftalmos junto con adenopatías supraclaviculares derechas, resto de exploración física dentro de la normalidad. Ante la anamnesis se comenta con radiólogo y se realiza RMN en la que se aprecia masa en ápex pulmonar derecho de 6,5 cm de diámetro mayor y dos lesiones nodulares en parénquima cerebral, peritrial izquierdo (11 mm) y otra en corona radiada derecha (16 mm) sugestivas de metástasis. Se completa estudio con TAC corporal que es compatible con tumor de Pancoast en LSD con metástasis pulmonares ipsilaterales, adenopatías supraclaviculares derechas y mediastínicas, osteólisis de arco costal posterior 1º costilla drcha. En su primera visita a Urgencias se realizó radiografía de columna cervical en la que ya se apreciaba una masa en vértice pulmonar derecho. Se realiza biopsia con resultado de carcinoma no microcítico de pulmón. Por tanto se trata de un tumor de Pacoast con síndrome de Horner. Se inicia tratamiento con radioterapia holocraneal y quimioterapia con respuesta parcial, presentando progresión tumoral hasta que finalmente fallece.

CONCLUSIONES:

Destaca la importancia de establecer el diagnóstico diferencial de la cervicobraquialgia, sobre todo en casos como este. El tumor de Pancoast se aplica tumores de vértice pulmonar, de crecimiento lento y metástasis tardías. Causan afección del plexo braquial con dolor en el hombro que se irradia al brazo según la zona inervada por la raíz afectada. En ocasiones, la afección del ganglio estrellado provoca el síndrome de Horner El diagnóstico de tumor de Pancoast se suele establecer en fases tardías y es común objetivar infiltración neoplásica de las primeras costillas o incluso de algún cuerpo vertebral.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-2

DISECCIÓN DE ANEURISMA DE AORTA COMO CAUSA
DE LUMBOCIATALGIA AGUDA

JA Penedo Arrugueta, A Muñoz Hernández, M Mir Montero, C Bibiano Guillén, B Rodríguez Rodríguez, B García Marina, R Parada López

H. U. Infanta Leonor, Vallecas, Madrid

A-8

ARTERITIS DE LA TEMPORAL CON PERMISO DEL DOPPLER A PIE
DE CAMA

A Carratalá Ballesta, A Aguado Castaño, A Gil Rodrigo, P Querejeta Fernández, M Veguillas Benito, V Marquina Arribas

Hospital General Universitario de Alicante

A-9

ESTREÑIMIENTO. UN DESENLAJE INESPERADO

M Ágreda Fernández, C Flores Carrasco, A Martín Pellicer

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

A-29

A PROPÓSITO DE UN CASO, ESTUDIO DE UN SÍNCOPE

E Saiz Yoldi (1), L Fernández-Vega Suárez (1), M Ramos Oñate (2), J Capellades Llopart (3), C Laguna Cardenas (4), A Ukar Naveran (4), M de Prada Marín (5)

(1) C. S. Cazoña. Cantabria. (2) C. S. Dávila. Cantabria. (3) C. S. Sardinero. Cantabria. (4) C. S. Puertochico. Cantabria. (5) C. S. Pozuelo

A-30

AQUÍ HUELE A *ECHINOCOCCUS* ENCERRADO

B Muñoz Molina, C Jiménez Méndez, J Lázaro González, FJ de la Cuerda Llorente, J Val de Santos

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-34

VÓLVULO RECURRENTE

C Hidalgo Collazos, L Ortega Herruzo, R Ibáñez del Castillo, FF Chen Chen, O Martínez Saez, A Herrera Marinas, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

A-35

NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO

Z Salmón González (1), M Vieitez Santiago (1), A Aranguren Arostegi (1), AJ Bueno Álvarez (1), A Aldama Martín (1), JA Espinoza Pérez (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Clínica Mompía. Cantabria

A-37

ALERGIA CON ANGIOEDEMA O PATOLOGÍA TUMORAL NO
DIAGNOSTICADA

GA Duque Chaux, L Zurdo Alonso, MY García Brizuela, L Díaz Urquiza, MJ Ruiz Polaina

Hospital Universitario Sanitas La Moraleja. Madrid

A-42

PACIENTE SANO CON LUMBALGIA

N Orozco Casado (1), L Gómez Zafra (2), I Pérez Cabeza de Vaca (3)

(1) Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén. (2) Centro de Salud San Felipe. Jaén. (3) Centro de Salud de Ménjibar. Jaén

A-43

SERÁ LA GOTA...

M Anadón González, E Tejedor Simón, A Chamali Pino, B García López

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-47

UNA PATOLOGÍA MORTAL EN LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

P Rodríguez Cortés, M Aguilera García, S Castro González, M García Blanco, E Alonso Monge, J Curbelo García, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-60

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS:
DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX. A PROPÓSITO DE UN CASO

T Maestre Orozco, A Cuesta Marín, C Baldeón Conde, L López Delgado, A Revert Cogollos, P Garmilla Ezquerra

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-70

LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN PARA EL DIAGNÓSTICO

A García Notario (1), MA Rienda Moreno (2), B Jiménez García (1), BL Lindarte Sánchez (1), JL Valdiviezo Tasayco (1), E Aparicio Mansilla (3), E Carrasco Fernández (3)

(1) Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares, Ciudad Real. (2) Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) C. S. Abenojar. Ciudad Real

A-71

NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS* Y PRIMOINFECCIÓN POR VIH.
IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

H Molina Llorente, P Hernández Martínez, I Sanlés González, D Toresano López, P Garmilla Ezquerra, E Cobo García, C Armiñanzas Castillo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-72

FALSO NEGATIVO EN ECOGRAFÍA PARA DESCARTAR TROMBOSIS
VENOSA PROFUNDA

R Jiménez López, M Rojo Iniesta, A Comino García

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-73

ANEURISMA INFRARRENAL COMPLICADO DIAGNOSTICADO
POR ECO EN PACIENTE CON ANTECEDENTES, CLÍNICA,
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS ANALÍTICOS COMPATIBLES CON
CÓLICO RENAL

JM González de Abreu, L Garicano Quiñonez, C Veiga Crespo, A Dabbraccio Casanova, P Tranche Álvarez-Cagigas, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

A-75

INTERPRETACIÓN DE ARTEFACTOS ECOGRÁFICOS EN PATOLOGÍA
ABDOMINAL AGUDA. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A LA
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

JL Gálvez San Román, E Oncala Sibajas, J Gallardo Bautista, C Bueno Mariscal, M Casado Muñoz, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-78

VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN
URGENCIAS. DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO

JL Gálvez San Román, E Oncala Sibajas, J Gallardo Bautista, C Jiménez Hidalgo, C Bueno Mariscal, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-79

DOLOR EN FOSA RENAL IZQUIERDA, ¿CÓLICO RENAL?
SORPRESAS EN LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS: SEMINOMA
QUEMADO

N Dios Parada (1), A Castiñeira Estévez (2), MP López López (2), I Espasandín Duarte (2), D Díez Díaz (2), C Quinteiro Rouco (2)

(1) C. S. A Estrada. Pontevedra. (2) Hospital Universitario de Santiago de Compostela

A-80

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN ENFERMEDAD DE CROHN

JX Ichart Tomas, MJ Abadías Medrano, A Moreno Pena, C Llobet Pina, O Yuguero, V Pujol Aymerich, D Lacasta

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-82

USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.
CASO DE UNA SOSPECHA NO CONFIRMADA

E Oncala Sibajas, JL Gálvez San Román, C Bueno Mariscal,
J Gallardo Bautista, C Jiménez Hidalgo, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-93

UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL DIAGNÓSTICOS

JL Lechuga Martos, P Matías Soler, MJ Cardeñosa Cortes, D Redondo
Domínguez, M Martínez Agüero, FJ Martín Sánchez, D Chaparro Pardo

H. Clínico San Carlos. Madrid

A-97

¿ES ÚTIL LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN URGENCIAS PARA
DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL?

S Sánchez Sánchez, P Pardo Rovira, E Tejero Sánchez, S Gutiérrez
Gabriel, G Delgado Cárdenas, R Piñero Panadero, S Fernández
Fernández

Hospital de Fuenlabrada. Madrid

A-102

EL MÉDICO DE URGENCIAS Y EL RADIOLOGO: UN DÚO MUY
DINÁMICO

A Cabezas Amurgos, R López González, A Alonso Arévalo,
JA Álvarez Rodríguez, F Cañón Díaz, M Matías Flecha

Complejo Asistencial Universitario de León

A-106

HEMATURIA EN URGENCIAS: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA
CLÍNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

A Navarro Carrillo (1), MA Romero Cebrián (1), M Martínez
Ramírez (2), L Abad López (1), MT Bartolomé Navarro (3),
P Amores Valenciano (3), MA Callejas Montoya (1)

(1) Hospital General de Villarrobledo. Albacete. (2) Hospital General de Almansa.
Albacete. (3) Hospital General de Albacete

A-109

ECOGRAFÍA PULMONAR EN URGENCIAS EN LESIONES RADIO
OCULTAS

I García Suárez (1), L Hernández Sánchez (1), P Sánchez López (1),
MD Macías Robles (1), E Abarrio Fidalgo (2), M Pajín Collada (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias. (2) Hospital Universitario
Central de Asturias

A-112

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO: PERICARDITIS VÍRICA
COMPLICADA CON DERRAME CARDIACO Y ATELECTASIA
PULMONAR

I Cebrián Ruiz (1), M Varela Patiño (2), M Villacorta Martín (1),
C Andreu Dalleres (1), I González Manzano (1),
MS Sánchez Guevara (2)

(1) Hospital Río Hortega. Valladolid. (2) Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid

A-115

COLECISTITIS AGUDA EN URGENCIAS, DIAGNÓSTICO CON
ECOGRAFÍA

AC Ruano Quero, E Zafra Cortés, S Ruiz Tajuelo

Hospital Alto Guadalquivir. Jaén

A-134

ECOGRAFÍA URGENTE EN EL DOLOR ABDOMINAL. PACIENTE CON
PARAGUAS Y GABARDINA

A Abril Molina, C González de La Portilla-Conch, E Pérez García,
O Muñoz Muñoz, P Morera Pérez, J Rodríguez Ortuño

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

A-135

UNA ABDOMINALGIA POCO USUAL

IK Campuzano Juárez, S Sánchez Ramón, V Ruiz Cuevas, M Parody
Santiago, MJ Rubio González, EK Shimabukuro Higa,
ME del Rosario

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-137

ANEURISMA DE AORTA VS. METÁSTASIS CEREBRAL: A
PROPÓSITO DE UN CASO

I Córdón Dorado (1), A Chuchón Alva (2), H Cabrera Martínez (1), D Barrio del Masegosa (3), H Rodríguez García (1), A Salvatierra Maldonado (4)

(1) Centro de Salud Ávila Estación. (2) Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. (3) Centro de Salud Ávila Norte. (4) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-139

HEMATOMA MUSCULAR

A Ortega Lorenzo, C Granados Lajara, R Muñiz Alonso, M González López

Hospital General Universitario de Ciudad Real

A-140

NEUMOPERITONEO A TENSION, ¿Y AHORA QUÉ?

L Ferrer Caballé, C Ramió Lluch, A Gispert Ametller, E Matas Castelló, R de Ribot Martínez

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

A-141

¿CUÁNDO UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA NO ES UNA
INTOXICACIÓN ETÍLICA?

G Fernández Bayón (1), S Calvo Argüello (2), C del Pozo Vegas (1), EA Serrano Lacouture (1), J Chehayeb Morán (1), R Alonso Avilés (1)

(1) Hospital Clínico Universitario. (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

A-142

PRIORIDAD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ABDOMEN AGUDO

S López Lallave, C Gimeno Galindo, N Martín Alonso, A Antikeira Pérez, C Sanz Plaza, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

P-165

SÍNDROME DE BRUGADA Y DOBLE DESCARGA DEL DAI
(DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTADO)

L García García (1), N Sánchez Rodríguez (2), M Vera Campos (3), M Hervás Olmos (3)

(1) Desempleado. (2) Desempleado. (3) Centro de Hemodiálisis Lorca. Murcia

PALABRAS CLAVE: síndrome de Brugada-dolor-ansiedad

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Breve descripción del caso: varón de 34 años sin AMC, acude a la puerta de urgencias porque según refiere en el contexto de ejercicio físico, ha notado 2 descargas del DAI (Desfibrilador Automático Implantado) que porta desde el año 2007. Niega síncope, dolor sí. El paciente en la puerta de urgencias nos informa de que el DAI le ha dado 2 descargas, en puesto de 1 que es lo común (debido a que no funcionó correctamente), aplicamos el proceso enfermero. Exploración y pruebas complementarias: Acude a urgencias con dolor torácico y ansiedad. Constantes: TA (Tensión Arterial): 139/82 mmHg FC (Frecuencia Cardíaca): 105 lpm (latidos por minuto), tras la segunda descarga del DAI, las pulsaciones le bajaron de 260 a 105 lpm. Tiene restricciones alimentarias, que no ha cumplido. En cuanto al ejercicio físico el paciente se encontraba con restricciones, que tampoco las llevó a cabo. Se encuentra con dolor torácico y ansioso. Una vez pasado el triage se comenzó con las pruebas correspondientes como: ECG (Electrocardiograma), TA, FC, analítica con los parámetros pautados por el médico, etc, aplicando la medicación correspondiente y quedando en observación, para la posterior revisión y análisis del DAI por parte del intensivista, realizamos valoración por los patrones de M. Gordon. Juicio clínico: el problema general con el que nuestro paciente se presenta es un ?Síndrome de Brugada Tipo 1? (Diagnóstico Médico), como Diagnóstico Principal de enfermería ?Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)?. Diagnóstico diferencial: se descartaron arritmias ventriculares y muerte súbita debido a la morfología con la que se presenta ECG.

CONCLUSIONES:

La patología de base de nuestro paciente está controlada, pero no ha seguido las indicaciones que los profesionales le dieron en su momento, el diagnóstico principal enfermero propuesto ?Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)? se resolverá si sigue nuestras indicaciones y así mantendrá resueltos los secundarios (dolor y ansiedad), de esa manera evitará que ?Síndrome de Brugada Tipo 1? (Dx Médico) vuelva aparecer.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-178

PROSPECCIÓN, LA ENFERMERÍA GUIADA POR ULTRASONIDO

O Morales González, H Sanmartín Allué, S Garcés Horna,
AD Antón Basalo, B Langarita Falcón, MM Pes Laguna

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: ultrasound-guided-nurse

HISTORIA CLÍNICA:

Caso clínico 1: Mujer de 70 años acude por complicación en paciente inmunodeprimido por quimioterapia, derivada al hospital por el 061, constantes dentro de límites normales, niega alergias conocidas. 1ª asistencia por residente de guardia la cual tras anamnesis y exploración pauta tratamiento y pruebas complementarias. Enfermería durante la exploración observa que presenta edemas en MMSS y se visualiza con dificultad el mapa vascular aunque a la palpación se logra determinar trayecto venoso. La enfermera sénior, realiza dos intentos de canalización los cuales son fallidos, en ese momento la paciente refiere ¿tendrán que colocarme el reservorio?, se pide colaboración a otra profesional que realiza dos intentos sin resultado favorable, otra colaboración y esta vez con ayuda del ecografo y mediante la técnica ecoguiada en una fracción de tiempo inferior a los 5 minutos y con una sola punción se logra canalizar la vía. Caso Clínico 2: Varón de 49 años, acude a urgencias por disnea, A.P: VIH positivo, Epoc reagudizado, problemas de droga,ulceras en EE.II. Alergias N.C. A su llegada al box el paciente refiere ¿no me pinchen porque no tengo venas?. Le comentamos la posibilidad de realizar la técnica con ayuda del ecografo, una vez explicado el procedimiento a seguir, el paciente da su consentimiento y ejecutamos. Resulto factible al primer intento.

CONCLUSIONES:

En el caso de accesos venosos difíciles con poca precisión en la visualización y a la palpación del mapa vascular, típico de pacientes con patologías crónicas, oncológicas, en tratamientos con medicamentos citostáticos etc. queda demostrado que no debemos realizar intentos con baja probabilidad de efectividad como es la canalización de vía periférica de manera convencional, por el traumatismo que causamos tanto psíquico como tisular al paciente, sin contar con el estrés que provoca al personal de enfermería. Teniendo la posibilidad de una herramienta tan segura y potente como es el ecógrafo y los conocimientos necesarios para realizar la técnica ecoguiada, es recomendable que el personal de enfermería protocolice e implemente como primer recurso el uso de esta técnica en estos grupos de pacientes, por ser fiable, segura, menos traumática y ahorra en tiempo de ejecución.

P-207

CASO CLÍNICO: CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC), ALTERNATIVA PARA HOSPITAL DE DÍA DE URGENCIAS

P Escribano San Quirico, C Torres Ortega, C Merino Gómez,
T Niarra Martínez, C Cuenca Ramos, D Borobio Martínez

Urgencias. Complejo Hospitalario de Soria

PALABRAS CLAVE: catéteres venosos centrales-atención de enfermería-hospitales de día

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se describe el caso clínico de un hombre de 57 años diagnosticado de intoxicación medioambiental. Se trata de una persona con educación universitaria, independiente para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel: 100 puntos) y sin deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer: 0 errores). Acude al hospital de día de urgencias para administración de tratamiento endovenoso con un pH inferior a 5 y una osmolaridad mayor de 500mOsm/L6, a dosis diarias y en ciclos de 6 semanas consecutivas. Este paciente había estado con anterioridad en nuestro servicio recibiendo terapia endovenosa diversa presentando flebitis de repetición. Se realizó la valoración del paciente según Virginia Henderson. La piel de las extremidades superiores presentó un árbol venoso frágil y tortuoso como consecuencia de los tratamientos. En la necesidad de seguridad, manifestó un nivel de ansiedad según la escala de Hamilton de 26 puntos, como consecuencia de la punción venosa y sus complicaciones. Siguiendo el algoritmo en juicios diagnósticos de respuestas humanas, se establecieron dos diagnósticos de enfermería: Temor relacionado con las complicaciones de la canalización venosa, manifestado por miedo e inquietud, y Riesgo de traumatismo vascular, relacionado con perfusión de medicación irritante. Se estudió el caso y se informó al paciente de la posibilidad de implantarle un catéter central de inserción periférica que según la guía de práctica clínica de la RNAO sería la mejor opción para evitar complicaciones. Se realizaron las siguientes intervenciones enfermeras, apoyo emocional, apoyo en la toma de decisiones, enseñanza del procedimiento, así como de los cuidados domiciliarios, por último se implantó el PICC.

CONCLUSIONES:

En cuanto a la evolución del caso, el paciente manifestó una alta satisfacción con el uso del PICC, mejorando su afrontamiento y calidad de vida. La inserción del PICC eco-guiada a pie de cama puede ser realizada por enfermeras entrenadas, con una elevada probabilidad de inserción exitosa. El PICC por su baja tasa de complicaciones y su alta duración media, es un dispositivo válido como acceso venoso central de media y larga duración para administración de soluciones irritantes y en pacientes con dificultad en el acceso venoso periférico.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-213

PERFUSIÓN DE ESCOPOLAMINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ML Rangel Sandoval, P Castells Ayusó, I Vicente Gutiérrez,
JJ Llerena Teruel

IMED Valencia

PALABRAS CLAVE:: bromuro de butilscopolamónio-acomodación ocular-cristalino

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 39 años que refiere dolor epigástrico e hipocondrio derecho. El día anterior había iniciado una dieta de nueva instauración junto a vitaminas lo cual la paciente asocia al cuadro actual. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Diagnosticada de síndrome del intestino irritable y esofagitis tras gastroscopia y en tratamiento con otilonio bromuro y plantago ovata. Refiere una elevación de transaminasas hepáticas durante la gestación. No presenta enfermedades cardiovasculares de base. Buen estado general, hemodinámicamente estable, apirética. Se realiza extracción de serie blanca, roja y plaquetar, además de perfil renal y hepático con electrolitos y PCR. No se objetivan alteraciones destacables excepto una discreta elevación de transaminasas hepáticas por lo cual se realiza ecografía abdominal sin hallazgos reseñables. En su estancia en Observación se perfunde a la paciente butilscopolamina con metamizol sódico, a los diez minutos de la perfusión la paciente refiere visión borrosa sin objetivar enrojecimiento o dolor ocular deteniendo la perfusión inmediatamente. La paciente continua estable hemodinámicamente, cediendo la clínica ocular en los 30 minutos posteriores de forma espontánea.

CONCLUSIONES:

- Los efectos adversos sobre la acomodación ocular son bastante recurrentes pero están poco documentados. - La butilscopolamina en perfusión produce efectos anticolinérgicos en los receptores muscarínicos M3 relajando la fibra lisa de la musculatura.

P-243

LA CANALIZACIÓN VENOSA ECOGUIADA EN UN PACIENTE CON DIFÍCIL ABORDAJE

A Rodríguez Herrera, MJ Esquer Peris, J Gírbés Bresó,
MJ Cortés Gómez, R Penadés Antolín, M Marco Juan,
JM de la Cámara

Hospital de La Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: ultrasounds-emergency department nursing-peripheral cannulation

INTRODUCCIÓN:

La canalización venosa periférica es una técnica muy habitual en urgencias. En pacientes de difícil acceso puede resultar complicada, conllevar múltiples punciones, incrementar tiempos, recursos, complicaciones y crear molestias al paciente. El uso de los ultrasonidos se presenta como una alternativa en estos casos.

OBJETIVOS:

Determinar si el uso de la técnica ecoguiada facilita la canalización venosa.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente varón de 61 años, con IMC 26.2, anticoagulado, en tratamiento activo con citostáticos y diabético insulínico dependiente. Acude al servicio de urgencias por fiebre y malestar. Se canaliza una vía periférica mediante la técnica estándar (TS) y se recogen los datos relativos a características clínicas y canalización (tiempo en segundos, percepción de dificultad del acceso escala Likert 1-4, intensidad del dolor escala EVA, número de punciones, complicaciones ligadas a la venopunción, calibre del catéter en Gauges). El paciente presenta inestabilidad hemodinámica (TA 80/40 mmHg) y se etiqueta como 995.91, según el código CIE-9 (Sepsis). Se canaliza otra vía mediante la técnica ecoguiada (TE), determinando también profundidad del vaso y diámetro. RESULTADOS: Tiempo (TS: 418s/TE: 60s), percepción de dificultad (TS: 4 puntos = muy difícil/TE: 1 punto = muy fácil), intensidad del dolor escala EVA (TS: 6/TE:4), nº punciones (TS: 3/TE: 1), complicaciones (TS: equimosis y hematoma /TE: ninguna), calibre del catéter (TS: 22G/TE:18G).

CONCLUSIONES:

La técnica ecoguiada presenta mejores resultados frente a la técnica estándar respecto al tiempo, percepción de dificultad del acceso, dolor, número de punciones previas al éxito, complicaciones y calibre del vaso en un paciente con difícil acceso venoso. La visualización ecográfica del vaso y sus medidas está ligada a la selección de un calibre de catéter adecuado.

A-253

QUEMADURA IATROGÉNICA POSQUIRÚRGICA

ME Muñoz Pérez (1), MC Pascual Méndez (1), A Crespo Moreno (1),
A Escolano Sánchez (2)

(1) Hospital de Fuenlabrada. Madrid. (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-396

CORRELACIÓN ENTRE ESCALA RACE Y DERIVACIÓN PARA INTERVENCIONISMO ENDOVASCULAR EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, COORDINADO DESDE LA SALA OPERATIVA SANITARIA DE REUS DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÈDIQUES DE CATALUNYA**Y Font Casas, F Mellado Valero, J Mejías Sendra, M Rodríguez Forné, S Polo Garetta, M Gassó Ribes***CECOS SEM 112 Reus***PALABRAS CLAVE:** stroke-scale-coordination**ÁMBITO DEL CASO:**

Extrahospitalario.

INTRODUCCIÓN:

En Catalunya se han puesto en marcha varios proyectos a través del Plan Director de la Enfermedad Cerebrovascular con el objetivo de homogeneizar la atención de los pacientes que han sufrido un ictus y conseguir una atención equitativa en todo el territorio Catalán. La escala RACE (Rapid Arterial oClusión Evaluación) se implementó en septiembre del 2014, dentro del protocolo de Código Ictus de Catalunya. Es una escala de valoración neurológica simple y rápida creada para valorar pacientes con ictus agudo a nivel prehospitalario y detectar los casos con una alta probabilidad de tener una oclusión arterial de gran vaso, candidatos por tanto a ser tratados con técnicas endo vasculares en centros terciarios de ictus.

OBJETIVO:

Identificar la utilidad de la escala RACE para la correcta derivación al hospital más adecuado en paciente afectado de ictus.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los incidentes codificados como Código Ictus en la Sala Operativa Sanitaria de Reus, en los años 2014, 2015 y 2016, en las regiones Sanitarias de Tarragona, Tierras del Ebro, Lleida y Pirineo, mediante la información recogida en el programa de gestión de incidentes del SEM (SITREM Sistema Informático de Tratamiento de Emergencias).

RESULTADOS:

Se cuantificaron 2339 pacientes como código ictus en el periodo de estudio. Un 5,2% de los códigos fueron tributarios de derivación a hospital de tercer nivel, (tratamiento endovascular). De estos un 84% tenían un RACE > 4 y un 16% un RACE <4.

CONCLUSIONES:

Una escala RACE >4 implica una alta probabilidad de oclusión de gran vaso cerebral, y derivación del paciente a un hospital de tercer nivel donde puede practicarse intervencionismo endovascular. Son necesarios más estudios analíticos que determinen la capacidad predictiva de la escala RACE, y su correlación con la indicación de derivación del paciente a unidades generales de ictus o bien a unidades con capacidad para tratamiento endovascular (hospitales de tercer nivel).

P-416

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET): TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**J Beteta Moya, MD Fontecha Olid, C Fernández Alcalá***Complejo Hospitalario de Jaén***PALABRAS CLAVE:** limitación del esfuerzo terapéutico-bioética-servicio de urgencias**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 47 años. Paraplejía tras accidente laboral a los 22 años y obesidad mórbida. Diagnosticado de HTA, DM tipo 2 con mal control, retinopatía no proliferativa con afectación macular, Insuficiencia Respiratoria Crónica e Hipertensión Pulmonar. Celulitis con shock séptico en 2016. Dependiente para ABVD. Ingresos hospitalarios frecuentes. Remitido a nuestro centro por presentar importante disnea en reposo, somnolencia y edemas en extremidades inferiores en los últimos 5 días. A su llegada presenta mal estado general, intensa disnea en reposo, a pesar de oxigenoterapia a alto flujo (Saturación O₂: 70%), fascies pletórica, cianótica. Bradipsiquia. Marcada hipoventilación pulmonar generalizada y edemas pretibiales. Destaca en P. Complementarias: pH 7,2 pCO₂: 78,5 pO₂ 45,6, Bicarbonato 29,8. Se inicia tratamiento con VMNI tipo BIPAP y deplectivo con diuréticos. El paciente se muestra intranquilo, refiriendo intolerancia a BIPAP. Explicamos e insistimos en su necesidad. Aun así reitera que no desea recibir dicha terapia. Ante persistencia de Saturación de O₂ inferior a 80% con oxigenoterapia a alto flujo, realizamos interconsulta con UCI para valorar IOT. Se desestima dada la patología y calidad de vida previa del paciente quien manifiesta su decisión firme de no aceptar tratamiento con VMNI ni tampoco con VMI, lo cual hace ante familiares y personal sanitario. Se decide mantener oxigenoterapia en Ventimask 35%, consiguiendo Saturación O₂ de 82%. Control evolutivo. Se valora su situación clínica a las 24 Horas: mejoría, sin síntomas de carbonarcosis. Ingresa en planta.

CONCLUSIONES:

La LET consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Esta decisión debe estar fundamentada en unos criterios rigurosos. Se han de conocer los detalles más relevantes del caso para tomar una decisión: preferencias del paciente, las de los allegados cuando sea pertinente, el pronóstico, la calidad de vida y la distribución de los recursos limitados. Cuando se plantea una decisión de LET lo primero que se debe hacer es conocer la opinión del paciente, sus preferencias. Existe tendencia a subestimar la capacidad de hecho de los pacientes para decidir. Finalmente se han de instaurar las medidas paliativas que sean precisas. Los médicos de urgencias debemos comprender que el éxito en el tratamiento del paciente no siempre es mantenerlo con vida a toda costa, sino que en ocasiones es ofrecerle la posibilidad de morir con dignidad, siendo ésta la mejor asistencia que se le puede brindar.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-424

CONFLICTO BIOÉTICO ENTRE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LA SALUD: A PROPÓSITO DE UN CASO

BM Martínez Mengual, ME Méndez Infiesta, MJ Amador Tejón, MI Rodríguez Rodríguez, A Martín Galán, JR Hevia González

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: confidencialidad-bioética-ETS

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón diagnosticado de enfermedad de transmisión sexual (ETS) en atención primaria, que acude al servicio de Urgencias por empeoramiento. Tras comprobar que el paciente no realiza correctamente el tratamiento y que no ha informado a su pareja sexual, se le insiste en la necesidad de hacerlo, idea que rechaza y exige secreto profesional. Ante este dilema ético que se plantea se solicita asesoramiento al comité de Bioética del hospital. La pregunta sería qué actitud debe seguir el profesional médico. Los valores implicados serían el respeto a la confidencialidad del paciente, y por otro lado el derecho a la protección de la salud e integridad física de su pareja sexual. Se optó tras deliberación, por un curso de acción intermedio, evitando acciones extremas, procurando que fuera el propio paciente quien asumiera el deber de informar, protegiendo así a la pareja sin romper la confidencialidad. Se le ofreció apoyo emocional dándole un tiempo prudencial para superar la fase de negación y que aceptara su responsabilidad cambiando de conducta. Se propuso una entrevista simultánea con la pareja para que él mismo la informara al tiempo que se respondían todas las posibles dudas sobre las ETS. Además se insistiría en la necesidad de información a su pareja, y en caso de persistir su negativa tendría que hacerlo el profesional médico siguiendo el código Deontológico.

CONCLUSIONES:

Cuando entran en conflicto el derecho a la confidencialidad con el de protección a la salud de terceros hay que tener en cuenta que el derecho a la intimidad, que está recogido en la Ley de Autonomía del paciente, no es ilimitado, y en el Código Penal se establece como causa de exención al secreto médico el estado de necesidad. En nuestro caso ofrecer apoyo emocional al paciente, para que asuma su responsabilidad, reforzando la confianza médico-paciente, la educación sanitaria, insistiendo en el riesgo para su salud y el de contagio, es la mejor opción para no romper el secreto médico, pero si la negativa persiste y el riesgo de contagio es real se advertirá al paciente del deber como médico de revelarlo para proteger la salud de su pareja.

A-383

CUANDO YA NO PODEMOS SALVAR UNA VIDA...

L Sánchez Suárez, MA Juan Gómez, C Frances Gassó, B Salvador Montero, E Sánchez Ballester, P De Labaig Ramos

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

A-438

ADENOPATÍAS INGUINALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

MSV Real Campaña (1), M Vega Calvellido (2), P Vélez Molina (3)

(1) Centro de Salud Casines. Cádiz. (2) C. S. Ribera del Muelle. Cádiz.

(3) C. S. Dr. Federico Rubio. Cádiz



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-470

UN CASO INFRECUENTE DE DIARREA EN NIÑOS:
DIARREA CLORADA CONGÉNITA

I Redondo Santana, JM Krivocheya Montero, J Arjona Soriano,
L Salvador Pleguezuelos, M Mohamed Mohamed, LM Segura Arrabal

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: gen SCL26A3-diarrea clorada congénita-electrolitos

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Lactante de 15 días que acude al SUHC por presentar diarrea desde el momento del nacimiento sin vómitos. No se acompaña de fiebre. La diarrea se caracteriza por ser sin sangre ni productos patológicos. No dolor abdominal. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Embarazo controlado, parto vía vaginal, eutócico, no vacunado por la edad, no ingresos hospitalarios **EXPLORACIÓN FÍSICA** BEG, aceptable estado de hidratación y de perfusión, afebril **ACR:** MVC sin ruidos patológicos, tonos rítmicos sin soplos Abdomen blando y depresible no doloroso a la exploración sin irritación ni peritonismo **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS** Analítica general Bioquímica: glucosa 72, potasio 2,8, sodio 126, cloro 82 Gasometría. pH 7,45, presión O₂ 19, presión de CO₂ 41, bicarbonato 28,3, CO₂ 29,5, exceso de bases 4,3 Hemograma y coagulación dentro de la normalidad Rx abdomen: Sin apreciarse alteraciones llamativas **EVOLUCIÓN:** Ingresamos al paciente en el área de observación de Urgencias iniciando tratamiento para la corrección del equilibrio ácido-base y electrolitos. La paciente continúa con diarreas manteniéndose alcalosis metabólica. Finalmente se decide su ingreso en Pediatría donde realizan estudios para la valoración del proceso diarreico resultando todos ellos negativos, a excepción del estudio genético completando en la que se aprecia mutación del gen SLC26A3 del brazo corto del cromosoma 7, responsable de la diarrea clorada congénita. Además el cloro fecal es > 90 mmol/l. Se trata al paciente finalmente con soluciones de cloruro potásico y sodio, que mantendrá de por vida. **DIAGNÓSTICO:** Diarrea clorada congénita **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Son muchas las causas de diarrea crónica en niños pero, distinguimos las que son más frecuentes en el periodo neonatal: intolerancia secundaria a la lactosa, intolerancia a proteínas vacunas, síndrome postenteritis, intolerancia a otras proteínas alimentarias, fibrosis quística, errores dietéticos.

CONCLUSIONES:

La diarrea clorada congénita es una rara enfermedad con herencia autosómica recesiva de la que únicamente se han descrito 300 casos en el mundo. El gen SLC26A3 codifica un intercambiador iónico, cuya disfunción determina la pérdida intestinal de cloro y una alcalosis metabólica secundaria al fallo de excreción intestinal de bicarbonato. La presencia de sodio y cloro en la luz intestinal provoca la salida de agua, dando lugar a diarrea. El tratamiento consiste en reponer pérdidas enterales de agua y electrolitos.

P-484

COMPLICACIONES TRAS UN TCE: SIADH EN PACIENTE ANCIANO

N Fernández de Cañet Ramírez, E Culpian Arias, ID Gacia Baquero
Martín, CF Cara Liger, CS Rodríguez Ortega, A Serrano Heras,
AM Matas Lara

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: anciano-hiponatremia-traumatismo encefálico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 91 años que acude a urgencias por cuadro de deterioro progresivo de su estado general, episodios de desorientación y pérdida de fuerza en miembros inferiores que se han instaurado progresivamente desde que hace 4 días sufrió un traumatismo craneal tras una caída accidental. Como antecedentes personales destacan: HTA, Hipotiroidismo, Glaucoma, Fibrilación auricular permanente. Se encuentra en tratamiento con: Enalapril 20 mg/24 h, Furosemida 40 mg/24 h, Eutirox 50 mcg/24 h, Sintrom según pauta, Omeprazol 20 mg/24 h, Lorazepam 1 mg/24 h. Nos encontramos ante un paciente anciano y anticoagulado que sufrió un traumatismo craneal y desde entonces presenta un deterioro generalizado de su estado general. La exploración por aparatos, incluida la exploración neurológica, fue completamente normal. Solicitamos un estudio de imagen con TAC craneal, que no mostró alteraciones agudas, y una analítica completa, detectándose Sodio plasmático de 111 mEq/l y osmolaridad plasmática 232,72 mOsm/Kg. En este momento nos planteamos varios diagnósticos diferenciales: Síndrome pierde sal, SIADH, Hiponatremia euvolémica severa, déficit cognitivo subagudo. Tras la instauración de tratamiento en observación durante más de 18 horas no presenta mejoría de los niveles de sodio, por lo se ingresa en planta de Medicina Interna.

CONCLUSIONES:

La hiponatremia suele aparecer con frecuencia en pacientes de edad avanzada, especialmente en aquellos que se encuentran ingresados. Una vez que se confirma por laboratorio que las cifras están bajas, es necesario buscar la causa de la misma. En ocasiones, explorar e historiar a pacientes ancianos es un proceso complejo. Por ello es muy importante intentar realizar una anamnesis completa y en presencia de los familiares, ya que son ellos quienes conocen bien al paciente y nos van a explicar los cambios que le han observado. A veces ocurre que en el momento en que nosotros los valoramos se encuentran orientados o sin grandes alteraciones aparentes. Suelen ser pacientes con patología crónica y es necesario tener en cuenta toda su patología y tratamiento para hacer una aproximación diagnóstica más precisa.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-486

CON OTRO AIRE

PD Marzzan Buratti, V Mateo Cañizares, E Delgado Martínez,
MA Gomariz Martínez, Y Romero Castro, JV Ortega Liarte

Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia

PALABRAS CLAVE: bronquiolitis-neumonía-neumomediastino

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 14 meses de edad que acude a urgencias por empeoramiento de disnea y fiebre, en el contexto de cuadro catarral de larga evolución. En tratamiento desde atención primaria con broncodilatadores, antipiréticos y antibiótico oral. A su llegada a urgencias se encuentra afebril, con aparente buen estado general, polipneico con discreto tiraje subcostal. A la auscultación pulmonar, crepitantes y roncus diseminados, destacando enfisema subcutáneo en esclavina. Se realiza analítica de sangre que destaca PCR de 7.7 y Gasometría venosa con pH 7.32 y lactato de 1.4. Rx de tórax PA y lateral se objetiva infiltrado parenquimatoso en lóbulo superior derecho e imagen compatible con neumomediastino, así como, enfisema subcutáneo a nivel cervical. Tras los hallazgos clínicos y radiológicos el paciente queda ingresado a cargo del servicio de pediatría. Presentando buena evolución clínica tras tratamiento con antibiótico y oxigenoterapia.

CONCLUSIONES:

El neumomediastino se define como la presencia de aire en el mediastino, siendo una patología infrecuente tanto en niños como adultos (1/800 a 1/42000 consultas de urgencias). La causa del neumomediastino espontáneo se relaciona con aumentos bruscos de la presión de aire en la vía aérea como consecuencia de maniobras de tipo Valsalva, desencadenadas por crisis asmáticas o broncoobstructivas. Otras causas menos frecuentes son episodios de tos por catarro o infección aguda por bacterias atípicas. Este cuadro suele evolucionar en forma rápida y benigna. Nuestro paciente a las 24 horas del ingreso ya no presentaba crepitación cervical y en Rx de control a los 7 días se observó mejoría del infiltrado parenquimatoso y ausencia de neumomediastino.

P-494

DOCTOR, ME ENCUENTRO MUY CANSADA. LA IMPORTANCIA DEL ANCIANO FRÁGIL TAMBIÉN EN URGENCIAS

P Valverde Vallejo, J Palacios Castillo, M Cabrera Martínez

Hospital Carlos Haya. Málaga

PALABRAS CLAVE: anciano-anciano frágil-cáncer de mama

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: Mujer de 81 años HTA en tratamiento, colecistectomizada y sin otros antecedentes de interés. Vive sola, viuda sin hijos ocasionalmente hay algún sobrino que va a visitarla. El estado actual de incapacidad ha sido consecuencia de hacerse dependiente ya que tras la enfermedad que la trae al servicio de urgencias ha dejado de poder valerse por sí misma, no ha acudido a su médico de familia y tampoco ha tenido contacto con ningún vecino. Anamnesis: cuadro de varias semanas de evolución de cansancio extremo y pérdida de apetito, pérdida evidente de peso y postración. Exploración: Temperatura 37,3°C, TA: 100/50. Saturación O2: 95%. Afectación del estado general, palidez cutánea mucosa generalizada. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin alteraciones. En miembros inferiores no edemas, signos leves de insuficiencia venosa periférica. Piel y mucosas: lesión ulcerada sobre la mama izquierda de aproximadamente 10*8 cm con bordes irregulares y mal olor que la paciente ha cubierto con varias capas de pañuelos de papel. Pruebas complementarias: Analítica rutinaria con anemia y leucocitosis. Rx tórax: índice cardiorácico normal, no se objetivan condensaciones. Se visualizan varias lesiones en arcos costales izquierdos que coinciden con la localización de la lesión y que pueden informarse como infiltración local. Juicio clínico: Ca de mama infiltrante en paciente en riesgo social. Diagnóstico diferencial: síndrome constitucional y sus causas. Tratamiento y evolución: tras el ingreso hospitalario fue incluida en programa de cuidados paliativos e ingreso en este área falleciendo a los pocos días.

CONCLUSIONES:

La detección del anciano frágil es un tema prioritario en nuestra sociedad y sobre todo en atención primaria y urgencias. Su relevancia viene marcada por una mayor probabilidad de presentar episodios adversos, dependencia y muerte, que nos proporciona el potencial de intentar modificar este curso adverso. Casi todos los servicios sanitarios autonómicos cuentan con programas, protocolos, o planes de actuación sobre personas mayores en general, y sobre los ancianos frágiles en particular.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-497

ABSCESO CEREBRAL SECUNDARIO A OMA

IJ Cuadrado Blanco (1), P Costa Alba (1), M Fuentes de Frutos (1),
MJ Custodio García (1), A Gómez Prieto (2), A Gómez Prieto (1)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2) Gerencia de Emergencias de Castilla y León

PALABRAS CLAVE: OMA-absceso-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 24 años que acude al servicio de urgencias en 2 ocasiones por cefalea y visión borrosa de forma esporádica y que cede con el descanso nocturno pero no mejora con analgésicos habituales, sin asociar otra clínica neurológica. No fiebre termometrada. Como antecedentes destaca hace 1 mes episodio de otitis media aguda derecha tratado por su médico de atención primaria con antibióticos y AINES con mejoría del cuadro. En la primera visita al servicio de urgencias se administra analgesia intravenosa mejorando el dolor sin alteraciones en la exploración y con analítica normal. Acude por segunda vez por reaparición del dolor y acompañado por su hermana quien indica que su hermano ¿no se comporta de forma normal?. Tras nueva exploración física en la que siguen sin evidenciarse alteraciones neurológicas y con analítica normal, e decide realización de TAC cerebral donde se describe un absceso cerebral temporal derecho posiblemente secundario a OMA ipsilateral, motivo por el cual se realiza interconsulta a neurocirujano de guardia quien ingresa al paciente. Se procede a drenaje del absceso con craneotomía posterior derecha, tomándose muestras siendo positivas a Streptococo Pneumoniae sensible a ceftriaxona, vancomicina y penicilina.

CONCLUSIONES:

El absceso cerebral es una colección de pus en el parénquima cerebral. Es una patología infrecuente, pero de evolución prolongada. La propagación desde el oído medio y la mastoides es la causa más frecuente (40-50%). El inicio de los síntomas suele ser insidioso, evolucionando a lo largo de las semanas dando lugar a cefaleas, alteraciones en el comportamiento, fiebre... Los estudios de TAC Y RMN ayudan a diagnosticar las complicaciones de las OMA. La utilización de antibiótico coadyuvante al tratamiento quirúrgico adecuado de las complicaciones y disminuyen la mortalidad.

P-502

CUANDO ESPERAR SE CONVIERTE EN UNA URGENCIA

E Moriel Santaella (1), MA Contreras Morillo (2),
C González Pozo (1), P García Navarro (1), RG Mesa Ramos (1),
M Zaheri Beryanaki (1)

(1) Hospital Comarcal Antequera. Málaga. (2) Hospital Regional Málaga

PALABRAS CLAVE: neoplasias de la boca-melanoma-diagnóstico precoz

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 58 años, sin antecedentes médicos de interés. Ex fumador de 1 paquete/ día desde hace 4 años. Consulta por lesión pigmentada oscura premaxilar, no dolorosa, de varios meses de evolución y con crecimiento progresivo. Niega haber consultado previamente por no haberle preocupado. A la exploración se aprecia lesión marrón de bordes queratósicos a nivel premaxilar izquierdo, extendiéndose desde región vestibular a palatina. No se palpan adenopatías. Pruebas complementarias en urgencias: analítica de sangre sin hallazgos. Dadas características de la lesión, se contacta telefónicamente con servicio de Cirugía Maxilofacial, que indica derivación urgente del paciente. Tras realización de estudio de imagen mediante TAC y RMN, en la que se informa de lesión maxilar superior izquierdo, sin signos de afectación ósea y presencia de adenopatías bilaterales en torno a 1 cm, se realiza biopsia de la lesión. Diagnóstico final: tumor melanoma in situ de 1,3x1, 1 cm con hueso libre. Tratamiento y evolución: tras los resultados de la anatomía patológica se realiza tratamiento médico quirúrgico (maxilectomía y resección radical de cuello bilateral), con evolución favorable del paciente en revisiones posteriores.

CONCLUSIONES:

El cáncer bucal es una de las diez primeras localizaciones del cáncer y constituye una enfermedad altamente destructiva en cabeza y cuello. Tiene mayor incidencia en sexo masculino, encontrándose el tabaco y el alcohol entre los principales factores de riesgo. El tipo epidermoide es el más frecuente, siendo los melanomas malignos primarios de la mucosa extremadamente raros. Entre las causas del retraso del diagnóstico cabe distinguir a los pacientes que no se han tomado en serio su lesión sin asociarla con malignidad o no solicitan atención profesional. En nuestro caso es el intervalo que transcurre desde que aparece asintóticamente la lesión hasta que preocupa al paciente. Debemos tener en cuenta que alcanza un alto índice de mortalidad por número de casos, en contraste con el cáncer mamario, el cérvico uterino y el melanoma cutáneo, de ahí la importancia de que pese a no ser motivo frecuente de consulta en urgencias no debemos de desestimar su importancia, sin demorar su valoración por parte del especialista de referencia.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-514

ESTATUS EPILEPTICO EN UN NIÑO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

C Moreno Castellón (1), T Real Llovera (1), R Ramírez Molinero (1), C Greoles Vallis (1), FJ Reventoz Martínez (2), JV Ferrer Espona (1), M Torres Rodríguez (3)

(1) Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de Lleida. (2) Centre d'Atenció Primària de Balaguer. Consultori d'Àger. Lleida. (3) Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Lleida

PALABRAS CLAVE: pediatric-generalized nonconvulsive epilepsy-tatus epilepticus

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 5 años afecta de parálisis cerebral por anoxia cerebral intraparto. Portadora de válvula ventrículo-peritoneal por hidrocefalia no comunicante. Acude al centro de salud por crisis epiléptica no convulsiva con rigidez generalizada y desconexión del medio, disminución del nivel de consciencia de 20 minutos de duración, presenciada por familiares sin que se haya administrado medicación domiciliaria. A su llegada, rigidez generalizada con desviación ocular a la izquierda. Nistagmus horizontal. BMtest100, TA120/80, satO294%, FC122x?, Glasgow 8 (4+1+3) Se administra oxígeno en VMK, se canaliza vía periférica y se administra midazolam 5mg transmucoso oral sin que sea efectivo. Se repite de nuevo la dosis de midazolam a los cinco minutos, iniciado lenta mejoría que se completa pasados los treinta minutos del inicio de la crisis quedando postcrítica y siendo derivada al hospital de referencia. El estatus epiléptico no convulsivo es definido por la presencia de crisis electroencefalográficas en ausencia de crisis motoras clínicas. Es una emergencia médica y neurológica que tiene asociada una morbilidad significativa. La prevalencia del estatus epiléptico no convulsivo está infraestimada por la dificultad de su diagnóstico. Aumenta con la edad y no hay diferencias entre géneros. No existen estudios epidemiológicos específicos sobre la incidencia global, pero las estimaciones están entre 2-20 casos por 100.000 habitantes/año.

CONCLUSIONES:

La consulta por crisis convulsivas de duración mayor de cinco minutos en un servicio de urgencias de atención primaria, es una urgencia relativamente poco frecuente. Aunque el diagnóstico de estatus epiléptico como tal es definido a partir de los 30 minutos, en la práctica clínica se considera el tratamiento a partir de los cinco minutos. El uso de protocolos estandarizados y la realización de cursos de formación ayuda a la práctica clínica diaria en servicios de urgencias de atención primaria donde es poco habitual este tipo de consulta.

P-518

LESIONES CUTÁNEAS EN RELACIÓN CON EL FRÍO

A Marí López, C Civit Oró, O Yuguero Torres, A Vena Martínez, C Llobet Pina, C Pardos Molina

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: crioglobulinemia-artritis-lesiones cutáneas

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 49 años, natural de Mali, que consulta por lesiones en ambos pies, sobretudo izquierdo de semanas de evolución que han ido empeorando a pesar de realizarse curas ambulatoriamente en Centro de Salud. No tiene ningún antecedentes a destacar, refiere que en los últimos inviernos que viene por trabajo le han aparecido las lesiones en los pies, pero este año han sido mucho peor. Nunca estando en Mali, y anteriormente eran lesiones negras sin dolor. En el episodio actual asocia dolor intenso nocturno, no clínica de claudicación intermitente ni Raynaud, úlceras necróticas en múltiples dedos de los pies, algunas en fase inicial con escara necrótica o púrpuras, lesiones ampollas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Asocia una lesión aislada en mano derecha. Resto exploración anodina. Ecodoppler arterial en extremidades inferiores y abdomen: normal. Se orienta inicialmente como posible eritema pernicio y se inicia tratamiento con amlodipino, pentoxifilina así como protección del frío. Las lesiones siguen empeorando y consulta de nuevo. Se solicita estudio sistémico con las nueva orientación de crioglobulinemia. Se ha realizado analítica (bioquímica general y hemograma) normales, LDH 395, enzimas musculares normales, hierro, ferritina, ck y TSH normales. Proteinograma sin componente monoclonal, crioglobulinas, Ig G, A, M, C 3 y 4 normales. ANA + 1/80, patrón moteado, Ac ENA, antimitocondrias negativos, hepatitis B, C y VIH, ac anticardiolipina IgG/IgM y beta2glicoproteína IgG/IgM negativos. Hemoglobopatías negativas. El día del iniciar el estudio sistémico se aumentó tratamiento con amlodipino asociado a dosis bajas de cortisona y se solicitaron las analíticas comentadas. El día del control el paciente presentaba espectacular mejoría de las lesiones. La evolución ha sido satisfactoria hasta la desaparición de las mismas a pesar de haber quedado en diagnóstico indeterminado por negatividad de los estudios realizados. Se le recomienda volver a control el invierno siguiente, si sigue viviendo en el territorio.

CONCLUSIONES:

Lesiones cutáneas compatibles con crioglobulinemia y buena evolución con tratamiento específico, a pesar de no haber podido confirmar el diagnóstico. Valorado por emergenciólogos, internistas, vasculares y dermatólogos con opiniones similar no se ha llegado al diagnóstico definitivo por negatividad de las pruebas complementarias.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-520

NO TODO ES DERMATITIS ATÓPICA

C M P, A V P, T C T, B L C, R C R, Y D S, E F M

Hospital de Llíria. Valencia

PALABRAS CLAVE: dermatitis-prurito-sarna

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 27 años que acude a urgencias por aparición de pápulas, erosiones y costras de rascado muy pruriginosas por todo el cuerpo de 4 meses de evolución. Había tomado doxiciclina y múltiples antihistamínicos sin mejoría. Refiere mejoría con pomada de corticoides que le dieron en una ocasión. No AP de interés. No tratamiento habitual. Exploración: pápulas, erosiones y costras en manos, superficies flexoras de las muñecas y extensoras de codos, respetando cara y cuero cabelludo. Se diagnostica en urgencias de DERMATITIS ATÓPICA y recibe tratamiento con corticoides orales dado que el paciente refería mejoría con corticoides tópicos. Se remite a dermatología: diagnóstico de SARNA. Recibe tratamiento con permetrina y medidas higiénicas. Se suspendió el corticoide.

CONCLUSIONES:

No todas las lesiones dermatológicas son dermatitis atópicas.

P-532

LIMITACIÓN FUNCIONAL CERVICAL EXTREMA: PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA DE ORIGEN SISTÉMICO

R Marino Genicio (1), M Del Nido Alonso (1), L Rojas Bueno (1),
L Andrés Berian (1), M Beneyto de Arana (2)

(1) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. (2) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: cervical pain-dystonia-myasthenia

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: - Paciente varón de 62 años, hipertenso, dislipémico y fumador. Parálisis de IV par autolimitada hace 3 años, de dudoso origen vascular. Consulta por imposibilidad para mantener la cabeza erguida progresiva desde hace 2 meses, debiendo sujetarse con una mano en la frente. Consulta previa hace 2 meses por molestias cervicales mal definidas y tratadas como contractura cervical. Además, disnea de esfuerzo de hace semanas. - Mujer de 65 años, hipertenso, diabética, dislipémica, con esquizofrenia paranoide a tratamiento con paliperidona. Consulta por dificultad para extensión cervical con varias caídas de repetición. De 2 días de evolución. No ha consultado antes porque vive sola y esta situación le ha limitado su independencia. Ha tenido varios mareos por hipoglucemia por baja ingesta de origen postural. Exploración: Niegan dolor. Gran limitación funcional por hiperflexión cervical extrema. - Varón: hipotonía con caída en flexión al retirar apoyo. - Mujer: hipertonía que dificulta extensión, con regresión a flexión al cesar tracción. Diagnóstico diferencial - Patología muscular. Contractura cervical. - Miopatía. Enfermedad de placa motora. - Trastorno facticio. - Patología ósea: fractura-luxación C1-2. - Distonía farmacológica. Pruebas complementarias: - Analítica normal. - TAC CERVICAL: o Varón: normal o Mujer: Lesión atípica en cuerpo de C7. - Electromiografía: o Signos de miopatía generalizada en el varón. o Mujer: Laterocolis, anterocolis sin datos de miopatía. Plan: - Ambos precisan inmovilización con collarín rígido para abrir vía aérea y posibilitar deambulación e ingesta. - Ingreso para estudio en neurología y control de ingesta. - Mujer: Interconsulta a psiquiatría que descartar descompensación psicógena. Diagnóstico definitivo: - Varón: miastenia gravis con mejoría tras neostigmina. - Mujer: Distonía por neurolépticos con contractura cervical secundaria. Hemangioma óseo.

CONCLUSIONES:

- La forma de presentación de ciertas patologías, a veces, nos condiciona suspicacias y dudar en el diagnóstico diferencial. Siempre debemos interrogar por signos de alarma mediante anamnesis dirigida. - Los trastornos facticios deberán diagnosticarse.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-535

MÁS ALLÁ DE LA FARINGOAMIGDALITIS

E Muro Fernández de Pinedo, A Sánchez Morla, S Borruel Nacenta, AP García Marín, L Pérez Ordoño, J Vila Santos, ML Castro Arias

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: faringoamigdalitis-tromboflebitis séptica-fusobacterium necrophorum

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 30 años, sin antecedentes que acude por faringoamigdalitis de 4 días de evolución sin mejoría pese a penicilina IM. Asocia fiebre de 40°C y dolor abdominal en flanco izquierdo de 24 horas de evolución sin otros síntomas. A su llegada a urgencias destaca fiebre y faringe con placas purulentas sin otros hallazgos exploratorios. Se realiza analítica que muestra PCR 34, 18000 leucocitos con neutrofilia, coagulopatía y leve afectación del perfil hepático. Ante la sospecha inicial de proceso viral asociado se realizan en urgencias serologías y eco abdominal que resultan anodinas y se mantiene al paciente en urgencias en observación. Tras 12 horas el paciente persiste con dolor en flanco izdo (asociando dolor costal pleurítico izdo) y destaca desaturación al 89% con taquipnea leve sin disnea, confirmándose una insuficiencia respiratoria aguda parcial. Se realiza rx de tórax que muestra borramiento de hemidiafragma izdo sin clara consolidación, completando estudio con CT torácico. En este se objetivan opacidades parenquimatosas pulmonares bilaterales de predominio periférico que plantean como primera posibilidad émbolos sépticos. Por tanto se realiza ecocardiografía que descarta endocarditis tricuspídea y ante el antecedente de faringoamigdalitis aguda se solicita TC de cuello que confirma una tromboflebitis séptica de vena yugular externa izquierda con extensión a vena yugular interna y se decide ingreso en UCI dado el empeoramiento clínico. Se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam. Tres días después se objetiva crecimiento de fusobacterium necrophorum presentando el paciente adecuada evolución clínica. El paciente es diagnosticado de shock séptico secundario a faringoamigdalitis aguda complicada con tromboflebitis yugular interna izquierda (síndrome de Lemierre) siendo dado de alta 20 días tras su ingreso.

CONCLUSIONES:

Los embolismos sépticos pulmonares no presentan una clínica específica y la epidemiología y causas ha variado en los últimos 30 años siendo actualmente las etiologías más frecuentes: infecciones de piel y partes blandas, catéteres intravasculares, y siendo el síndrome de Lemierre el causante de hasta un 29% de los casos en algunas series. Presenta un amplio espectro de patrones radiológicos y es de gran importancia sospecharlo para así poder tratarlo correctamente y evitar la alta morbimortalidad del mismo.

P-537

SÍNDROME DE AICARDI. UNA CAUSA INFRECUENTE DE EPILEPSIA EN NIÑOS

BM Lizardo Sangiovanni, JM Krivocheya Montero, S Morales Sánchez, A Rubio Ramos, S Mohamed Mohamed, G Amselem García

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: electroencefalograma-lagunas coriorretinianas-agenesia del cuerpo calloso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Lactante de 5 meses que acude a Urgencias por episodios de desconexión del medio y movimientos involuntarios manuales con revulsión ocular de segundos de duración **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Parto vaginal a término, normopeso, embarazo sin incidencias Peso 9.90 gr, talla 77,5, PC 48 Estado general conservado, palidez cutánea, microftalmía, facies alargada miopática con boca pequeña y paladar ojival y frente amplia. Genitales femeninos inmaduros. Angioma facial en mejilla izquierda de 2 cm y hombro izquierdo de menor tamaño **Neurológico.** Marcada hipotonía de predominio axial, fuerza +/+++, levanta brazos y piernas, sostén cefálico intermitente. No sedestación, no paracaídas. Sonrisa social +/- y seguimiento de objetos sin prensión ni manipulación **ACP:** MVC, roncus aislados, rítmico sin soplos **ORL:** Faringe y otoscopia dentro de la normalidad Abdomen blando y depresible, sin megalias **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS** Analítica - Bioquímica con perfiles hepáticos, renal y CK normal - Hemograma: Plaquetas 651000 - Gasometría venosa: pH 7,25, presión CO2 60, presión de O2 27, CO2 total 28,4 **Radiografía de tórax:** No se aprecian condensaciones ni derrames, ICT normal **EVOLUCIÓN:** Ingresó la paciente en Pediatría donde se objetivan crisis consistentes en espasmos infantiles acompañado de llanto neurológico y espasmos de extensión de predominio de hemicuerpo derecho en salvas, seguido de estado postcrítico breve. Se le indica Vigabatrina. Derivamos al paciente a Hospital de Referencia para estudio exhaustivo: - RMN: Agenesia completa del cuerpo calloso asociado a colpocefalia y disginesia del hipocampo - Electroencefalograma. Hipsarritmia (sueño mal estructurado, actividad de base hecho de una sucesión de largos ritmos de theta y delta hipervoltadas en forma de bocanadas que son asimétricas, asincrónicas y polimorfas - Electromiograma: Normal - Estudio ocular: Lesiones retinianas **DIAGNÓSTICO:** Síndrome de Aicardi **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Incluye el síndrome oculo-cerebro-cutáneo, los trastornos de la migración neuronal, y otros síndromes que presenten las características del síndrome de Aicardi

CONCLUSIONES:

El síndrome de Aicardi es una enfermedad rara del desarrollo del sistema nervioso. Afecta casi exclusivamente a mujeres y se caracteriza por la tríada: agenesia del cuerpo calloso, lagunas coriorretinianas y espasmos infantiles. Se han descrito alrededor de unos 200 casos en Norteamérica y Europa. El tratamiento fundamental consiste en terapias físicas, ocupacional, del lenguaje y visión.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-538

DOCTORA, ME TIEMBLA EL CUERPO

D Gómez Gil (1), S Moreno García (1), A Moreno Peña (2),
C Lillo Moreno (3)

(1) Hospital Materno Infantil de Jerez de la Frontera. Cádiz. (2) Hospital
Universitario de Puerto Real. Cádiz, (3) USMI Jerez de la Frontera. Cádiz

PALABRAS CLAVE: tumor-embionario-supratentorial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niña de 23 meses. Sana, NAMC. Correctamente vacunada. Acude por temblor en msi y mii e inestabilidad en la marcha de 24 horas de evolución. Exploración: Glasgow 15. Pupilas isocóricas medias y reactivas. Dismetria y temblor intencional MSI y MSD. Temblor ocasional MII. Marcha con aumento de la base de sustentación Discreta hipotonía de predominio en MII Reflejos miotáticos pendulares EEG: presenta una discreta sobrecarga de ondas lentas en región posterior, podría ser compatible con cerebelitis. RNM: Sugestiva de neoplasia primaria supratentorial. A valorar tumor neuronal o embrionario, siendo menos probable que se trate de un astrocitoma por su escasa captación. Se contacta con Oncología pediátrica y se traslada. Es operada por neurocirugía y evoluciona de forma favorable. Evolución: Diagnosticada de tumor embrionario del SNC supratentorial tipo formador de rosetas multicapa con resección quirúrgica macroscópica. Actualmente deambula con leve torpeza motora y temblor en MSI pero con mejoría progresiva. En tratamiento con quimioterapia (vincristina y ciclofosfamida) y en domicilio levetiracetam 150 mg cada 12h y glutamina.

CONCLUSIONES:

El cáncer infantil representa la segunda causa de mortalidad después de los accidentes. Los tumores del SNC ocupan el segundo lugar dentro de todas las neoplasias infantiles. En los niños predominan los tumores de localización infratentorial frente a las localizaciones supratentoriales que son mayoritarias en adultos. Sólo durante el primer año de vida las localizaciones supratentoriales son más frecuentes. Aproximadamente el 50% de los tumores son infratentoriales, el 20% son selares o supraselares y el 30% restante de localización hemisférica. El pronóstico de la mayoría de los tumores depende en gran parte de lo completo o incompleto de la extirpación. Se consideran secuelas a todos los déficit físicos o psicosociales persistentes, que vienen determinados por el tratamiento recibido, la edad y la localización del tumor. La quimioterapia intenta demorar, evitar o modificar la radioterapia craneal en los menores de tres años. La neuroimagen detecta la leucoencefalopatía precoz y las calcificaciones que aparecen tardíamente en la sustancia gris cortical y en los ganglios basales, siendo éstos los principales cambios cerebrales asociados al tratamiento de los tumores cerebrales en la infancia.

P-541

REACCIÓN ACNEIFORME SEVERA

L Mao Martín, R Sanz Lorente, MS Ruiz Grinspan

Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

PALABRAS CLAVE: erlotinib-epidermal growth factor receptor-acneiform

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 60 años, sin alergias a medicamentos, fue nefrectomizado por Carcinoma de Células Claras grado 2 de Furthman T3a (seno renal) en el año 2010, libre de enfermedad, en Enero de 2016 se detectan metástasis pulmonares iniciando tratamiento con Sunitinib, progresando la enfermedad pulmonar en 4 meses, e iniciando segunda línea de terapia biológica con Erlotinib. Consulta el paciente por lesiones cutáneas. Tras el inicio del primer ciclo de Erlotinib, el paciente describe la aparición de leve eritema en el cuello y escote, edema palpebral leve, que cedió espontáneamente. Iniciado segundo ciclo, el paciente consulta a los 6 días por aparición y empeoramiento progresivo de lesiones acniformes y pustulosas de cara, cuero cabelludo, cuello y escote, con desfiguración facial y marcado angioedema palpebral y labial, sin afectación respiratoria ni edema de úvula, no lesiones de mucosa oral y genital. El paciente estaba normotenso, discretamente taquicárdico a 116 lpm, con saturación de O2 basal 98%. Analíticamente destacaba Leucocitos 10.73 10E3/mcL, Neutrófilos 8.7 10E3/mcL, Linfocitos 0.9 10E3/mcL, Eosinófilos 0.3 10E3/mcL Hemoglobina 13.3 g/dL, Plaquetas y tiempos de coagulación normales, PCR 95 mg/dL (0.0-5.0). Queda el paciente en observación por Erupción pustulosa acniforme severa por Erlotinib, con Doxiciclina oral y Eritromicina tópica dérmica, así como esteroides orales a dosis de 0.5 mg/kg de Prednisona. Tras 24 horas de observación, el paciente presenta una franca mejoría clínica con desaparición del angioedema y disminución del componente inflamatorio de la erupción pustulosa. Dada la severidad de las lesiones, fue obligada la suspensión definitiva de Erlotinib.

CONCLUSIONES:

La erupción acniforme (pápulas inflamatorias y pústulas) es la reacción secundaria cutánea más frecuente, limitante de dosis, siendo el Erlotinib el inhibidor que con más frecuencia produce tales efectos a nivel cutáneo. Su etiopatogenia es desconocida y se ha postulado por parte de oncólogos que su intensidad se podría relacionar con una mejor respuesta tumoral y por tanto supervivencia, pero faltan datos para establecer tal afirmación como definitiva. Las erupciones son de intensidad variable, si bien en las cortas series publicadas, solo en un 1% obliga a la suspensión del tratamiento por la severidad clínica presentada como fue en nuestro caso.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-545

¿QUÉ FUE ANTES, EL HUEVO O LA GALLINA? A PROPÓSITO DE UN PROBLEMA SOCIAL

P González-Quirós Fernández (1), S Moreno García (2), S Sánchez Menéndez (2), Z Vázquez Álvarez (2), IE Ferrero Fernández (1), Y García González (1)

(1) Hospital Valle del Nalón. Asturias. (2) Hospital del Oriente de Asturias

PALABRAS CLAVE: condition, social-acute brain injury-complications

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 75 años con antecedentes de DM tipo 2, dislipemia, FA, deterioro cognitivo leve (diagnóstico hace 5 años, sin seguimiento). Vive sólo, sin familia. Tratamiento: metformina, sintrom, simvastatina. El paciente es rescatado en su domicilio por los bomberos que fueron alertados por los vecinos al escuchar un estruendo. Encontrado con un traumatismo craneofacial al haberle caído el armario encima. Consciente y orientado, con contusiones faciales y herida inciso-contusa en región parietal dcha. Derivado a urgencias para valoración del traumatismo. En urgencias se encuentra estable, Glasgow 15, exploración neurológica normal. Hemograma, bioquímica y coagulación normales (salvo INR 1,2), Rx huesos propios: fractura conminuta, Rx tórax normal. TAC cráneo normal. Tras sutura de la herida parietal es derivado a Cirugía Plástica para intervención de la fractura conminuta. Finalmente es dado de alta el mismo día a su domicilio. A las 24 hrs acude a urgencias diciendo que entraron en su casa unos hombres a pegarle, haciendo referencia a las lesiones valoradas el día anterior. No recuerda lo sucedido, ni su atención en urgencias ni Cirugía Plástica. Estable, afebril, orientado en tiempo y lugar, repetitivo, resto de exploración neurológica normal. Nuevo TAC cráneo normal y orina normal. Tras valoración por los servicios de Medicina Interna y Psiquiatría, es ingresado en neurología por sospecha de síndrome confusional agudo secundario a TCE vs. empeoramiento de su deterioro cognitivo basal con el agravante de la ausencia de apoyo familiar. Se ajusta el tratamiento de su deterioro cognitivo con buena evolución y es derivado a un centro geriátrico gestionado por la trabajadora social.

CONCLUSIONES:

El aumento de situaciones sociales precarias es evidente los últimos años. Cada vez es más común encontrarnos con pacientes sin apoyo familiar que conlleva un deterioro o descuido de tratamientos que derivan en lesiones o complicaciones de su patología de base. En este caso, desconocemos porqué le cayó el armario encima, además que se descuidó la necesidad de observación de su TCE. No debemos olvidar que son pacientes especialmente vulnerables y no siempre se trata exclusivamente de un problema social si no de una complicación clínica derivada de su situación basal.

P-546

DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA EN PACIENTE DE 90 AÑOS TRAS TOMA DE LAXANTES

R Díaz Contrera, P Sánchez Llópez, S González Caminero, J García Prieto, C Villao Guillén, M García Zurita, I Atienza Garrido

Hospital de Manises. Valencia

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-anciano-diarrea

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 90 años quien consulta por deposiciones diarreicas, líquidas en número mayor de 6 de 7 horas de evolución, asociando dolor abdominal generalizado. Estreñimiento pertinaz de 3 días por lo que aumentó el uso de laxantes (Duphalac 3 sobres día). Dolor abdominal que acompaña a las deposiciones por lo que consulta. **HISTORIA CLÍNICA:** Antecedentes: No alergias medicamentosas referidas, FRCV: DM tipo2. Hiperuricemia, Mielofibrosis. No fumador. Intervenido de prótesis de rodillas bilateral. Situación Basal: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, viudo desde hace 6 meses con buen apoyo familiar. Anamnesis: Nerviosismo secundario al dolor abdominal según refiere. No focaliza el dolor. Exploración: TA: 175/ 84 mmHG, FC 87 lpm, Sat O2 99%. Temp 36°. Sudoración profusa. Cabeza y Cuello: no masas ni adenopatías palpables, pulsos carotídeos presentes, no bocio, no iy. AC: ruidos rítmicos. No ausculto soplos. AP: murmullo vesicular disminuido en campos anteriores. Abdomen: dolor generalizado a la palpación, más acusado en mesogastrio con defensa voluntaria. No palpo masas. RHA +. PPRB-. Pulsos femorales rítmicos, de baja intensidad. MMII: no edemas no signos de TVP. Tratamiento y Evolución: En encamados el paciente se inestabiliza mientras esperamos resultados de analíticas, signos de mala perfusión por lo que se solicita angioTAC urgente ante la sospecha de Aneurisma Aortico Agudo. Exploración Complementaria: Hematimetría: Leucocitos 28,77 (N 89%) HB total 11,7. Bioquímica: Na, K, normales, Creat. 1,22, Urea 61. ECG: taquicardia sinusal, sin signos de isquemia aguda. TAC Abdominal con Contraste: Gran hematoma retroperitoneal en relación con rotura de un aneurisma disecante de Ao infrarrenal de unos 7,5 cm. Cava colapsada por shock. Juicio Clínico: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. Avisamos a Angiología y Cirugía Vascular. Se decide intervención urgente a pesar del mal pronóstico del paciente. Se explica a familiares el posible desenlace a pesar de tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES:

El Aneurisma de aorta abdominal (AAA) aumento del diametro de la aorta en más del 50% de su tamaño origina. Prevalencia en varones a partir de la séptima década de la vida. Mortalidad global del 90%. Algunos estudios recomiendan screening por medio de ecografía. Prueba no invasiva y de bajo coste. Plantean reducción de mortalidad y el alto coste ante la rotura de un AAA. www.revespcardiologia.org/es/aneurisma-aorta-abdominal-enfermedad-vascular/articulo/13107121/.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-554

DISECCIÓN AGUDA DE AORTA EN MUJER JOVEN

M de la Roz Sánchez, MD Macías Robles, R Rodríguez Blanco,
A Villán González, S Vidal Tanaka, A Ruiz Álvarez,
N Fernández Sobredo

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-disección-aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Dentro de las urgencias cardiovasculares, la disección aórtica de presentación aguda (DAA) sigue teniendo una elevada morbimortalidad hoy en día, en concreto, se distinguen dos tipos según la clasificación de Stanford: tipo A y tipo B, si afecta o no la aorta ascendente. Las dificultades para el diagnóstico de DAA, por lo inespecífico de sus síntomas, son el principal problema para su detección precoz y el abordaje terapéutico de urgencia. Presentamos un caso demostrativo de una mujer joven sin patología previa que acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) por dolor torácico, se desarrolla la secuencia seguida que contribuyó a su tratamiento y resolución completa. Caso clínico: Mujer de 39 años sin enfermedades ni factores de riesgo cardiovascular, en tratamiento con anticonceptivo oral que acudió al SUH por dolor dorsal (nivel T5-T6) que irradiaba en banda hacia cara anterior de tórax de media hora de evolución que tras exploración, ECG, analítica y radiografía de tórax normal y mejoría con desketoprofeno es alta con tratamiento antiinflamatorio. A los 2 días acude nuevamente por persistencia del dolor que refiere de alta intensidad y asociado a sensación de disnea. En la exploración física: saturación basal 99%, afebril, normotensa, desasosiego por el dolor, auscultación cardiopulmonar y extremidades normales. Troponina y hemograma normal. D-dímero: 650 ng/ml. ECG y radiografía de tórax: normales. La angioTC de arterias pulmonares descartó tromboembolismo pulmonar y objetivó imagen de disección de aorta torácica descendente realizándose angioTC de aorta toracoabdominal que identificó disección de aorta tipo B con afectación de aorta torácica descendente desde el cayado y aorta abdominal hasta por debajo de la salida de arterias renales. La paciente se trasladó a cirugía vascular donde se practicó despliegue de endoprótesis (TEVAR) y tratamiento con atenolol (25 mg/día) sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

En el SUH siempre debemos mantener un adecuado nivel de sospecha acerca de una posible DAA en aquellos pacientes con dolor torácico de instauración súbita, incluyéndola en el diagnóstico diferencial y priorizar la realización de un angioTC de aorta para establecer el diagnóstico precoz y mejorar el pronóstico.

P-558

DOCTOR, ¿POR QUÉ SE ME HA INFLAMADO LA LENGUA?

S Pueyos Rodríguez (1), A Martín Tarragona (2), M Arenas Puga (3),
L Lozano Romera (4), A Pueyos Sánchez (5), J Montero López (1),
J Jurado Ordóñez (1)

(1) CS San Antonio. Motril, Granada, (2) Hospital Santa Ana., (3) Hospital Santa Ana, (4) Centro de Salud Motril Este, (5) Centro de Salud Mirasierra

PALABRAS CLAVE: glositis-edema angioneurótico-inhibidor enzima convertidora angiotensina II

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 60 años de edad con antecedentes clínicos de hipertensión, dislipemia, VHC. En tratamiento con Ramipril 10 mg por las mañanas, Rosuvastatina 5 mg por las noches y Dasabuvir 250 mg cada 12 horas (este último desde hace tres meses). Acude a primera hora a urgencias por haberse levantado con la sensación de tener la lengua hinchada, con dificultad para respirar con normalidad e imposibilidad para tragar sólidos. Refiere haberse levantado así, es la primera vez que le ocurre. En días previos cuenta haber estado normal, algo acatarrado pero sin mayor importancia. A su llegada a consulta presenta Tensión Arterial 150/80, Saturación 93% (sin aporte de oxígeno), frecuencia cardiaca de 100 lpm. A la exploración, algo ansioso, no presenta lesiones eritematosas en piel, auscultación sin patología. Cavidad oral, alguna pieza dental con caries pero sin signos de flemón o gingivitis, se muestra lengua aumentada de tamaño, con superficie brillante roja. Uvula sin edema. Se decide tomar muestra para análisis de sangre, administrar dosis de metilprednisolona mg/kg. Con el resultado de la analítica sin hallazgos patológicos, se decide derivar a otorrinolaringólogo de urgencia para que lo valore. Que tras su exploración decide derivar al paciente a hospital de referencia para que sea valorado por maxilofacial. Tras ser valorado en el hospital de tercer nivel, y realización de TAC de cuello, el paciente es dado de alta con diagnóstico de glositis o angioedema secundario a tratamiento con IECA.

CONCLUSIONES:

Los IECA juegan un papel muy importante en el tratamiento de la HTA e IC. Con el aumento de su uso, se ha podido observar un mayor número de efectos secundarios y se espera un aumento en la frecuencia del edema angioneurótico. Aunque la mayoría se presenta al inicio del tratamiento, esta complicación puede observarse hasta años después de iniciado éste. En cualquier paciente que consulte por angioedema, especialmente si es recurrente, tras descartarse otros posibles diagnósticos, debe considerarse la posibilidad de angioedema por IECA y si está usando este tipo de medicamentos debe indicarse su suspensión.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-559

INFLAMACIÓN CERVICAL ATÍPICA

M Peiró-Camaró Adán, M Bote Gascón, I García de Pablo, ML Rodríguez Rojo, P Fernández García, A Corbatón Anchuelo, PC Ruiz Artacho

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: adenopatías-quiste conducto tirogloso-VEB

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niño de 17 años que acude a urgencias por presentar el día 20 de febrero tumoración en hemicuello izquierdo, diagnosticado de faringoamigdalitis aguda y probable adenopatía reactiva, inicialmente tratado de forma ambulatoria, precisó posteriormente ingreso hospitalario los días 24 a 25 de febrero. Posteriormente, en tto con AINES, esteroides, amoxicilina-clavulánico. La tumoración no ha desaparecido por completo y en las últimas 48 horas ha recidivado y aumentado de tamaño. No disfagia. Refiere que tuvo fiebre al inicio del cuadro, posteriormente refiere además de la sensación de tumoración, importante astenia. Visto de nuevo en Hospital Fundación de Alcorcón el 17 de marzo y diagnosticado de posible aumento de tamaño del lóbulo tiroideo derecho. Expl. física: Tumoración en hemicuello derecho de 5 cm de diámetro, dolorosa que no parece depender de tiroides que a la palpación es normal. Adenopatía reactiva de pequeño tamaño < 1 cm en hemicuello izquierdo rodadera inmediatamente por detrás de esternocleidomastoideo en 1/3 inferior. Orofaringe normal. Analítica de sangre: Leucocitos 12,000 (N 8,100, M 1,800) PCR 3.72 ECO cuello: Diagnóstico radiológico: Lesión quística laterocervical derecha, sugerente de quiste del segundo arco branquial complicado. Comentario radiológico: Se realiza ecografía de partes blandas de región laterocervical derecha. Visualizamos una lesión de aspecto quístico en la región laterocervical derecha, situada lateral y caudal al LTD, de un tamaño aproximado de unos 2 x 3 cm, aunque su tamaño es difícil de valorar dado que asocia septos y marcados cambios inflamatorios locales. Presenta contenido ecogénico en su interior y en el estudio Doppler se observa marcada hiperemia de la zona. En conjunto los hallazgos nos sugieren que se trate de un quiste del segundo arco branquial complicado. Adenopatías laterocervicales derechas, probablemente reactivas. El paquete vascular adyacente, que se encuentra más lateral y que incluye la vena yugular se encuentra permeable, sin contenido ecogénico ni otros signos que sugieran trombosis.

CONCLUSIONES:

No toda adenopatía en un niño es una adenitis o una adenopatía por proceso infeccioso ORL. Se debe realizar diagnóstico diferencial teniendo en cuenta otras posibilidades aunque éstas sean menos frecuentes.

P-560

FOSA ILIACA DERECHA EN NIÑAS

L Mateos Sánchez (1), M Peiró-Camaró Adán (1), P Morera Pérez (3), D Redondo Domínguez (3), A Estrada Suela (3), R Perales Muñoz (3), R Cuervo Pinto (3)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: apendicitis-folículo hemorrágico-torsión ovárica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 12 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias, por dolor abdominal de 24h de evolución, localizado en flanco derecho e hipogastrio. No fiebre, ni otra sintomatología asociada. La paciente describe el dolor espontáneo como leve-moderado. FUR: 23/02/2017. Expl. Física: Buen estado general. Afebril. Buena coloración de piel y mucosas, sin signos de deshidratación ni sepsis. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa ovárica derecha e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas abdominales. Peristaltismo conservado. ECO abdominal: Analítica sanguínea: Hemograma y Coagulación, sin alteraciones. PCR: 0,03 mg/dl. Alfa-fetoproteína y beta-hCG: pendientes en el momento del alta. Técnicas de Imagen: Imagen redondeada de eje máximo de 4 cm, ecogénica y heterogénea, sin vascularización en eco-Doppler, que sugiere anejo, pudiendo corresponderse con quiste de ovario, sin poder descartar torsión ovárica. No se visualiza el ovario contralateral. Mínima cantidad de líquido en saco de Douglas. Útero en línea media, anteversión de características aparentemente normales. Conclusión: Probable quiste ovárico de 4 cm con contenido/hemorrágico sin visualizar ovarios normales que dado que presenta una localización atípica y ausencia de flujo en el estudio Doppler, requiere descartar torsión ovárica. Ante la sospecha de torsión ovárica en ecografía abdominal, se decide su ingreso en el Sº de Cirugía para intervención quirúrgica. Hallazgos: Tumoración en anejo derecho, que no deja diferenciar parénquima ovárica, situada detrás del útero, confirmándose la ausencia de torsión de dicho anejo. Trompa ovárica derecha, sin alteraciones. Ovario izquierdo y útero de aspecto normal. Escasa cantidad de líquido libre de aspecto seroso en F S Douglas. Procedimientos quirúrgicos: Laparoscopia exploradora. Aspiración de contenido líquido en F.S.Douglas, y recogida de muestra para estudio citológico. Ante la confirmación de la correcta posición de anejo derecho, la ausencia de torsión del mismo, y la existencia de masa que engloba ovario derecho, heterogénea y sin resultado de marcadores tumorales, se decide actitud conservadora y no extirpación de dicha masa ni ovario, hasta finalización de los estudios diagnósticos correspondientes. Postoperatorio: La paciente evoluciona favorablemente durante el curso postoperatorio, manteniéndose con buen estado general, afebril, y buena tolerancia a la alimentación oral, iniciada a las 8 horas de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

No toda FID es una apendicitis si bien es lo más frecuente, por lo que hay que hacer un buen diagnóstico diferencial.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-561

NO ES UNA CONVULSIÓN CUALQUIERA...

M Bote Gascon, M Peiró-Camaró Adán, I García de Pablo, ML Rodríguez Rojo, P Fernández García, D Forrester Zapata, A García Ron

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: crisis convulsiva-crisis febril-crisis de ausencia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 4 años, que presenta episodio consistente en: a los 10 minutos de dormirse tiene un vómito y sensación de debilidad. Al llevarla al baño notan pérdida de tono postural y desviación cefálica hacia la izda, con hipertonía del hemicuerpo izdo. A su llegada mantiene mirada fija, sacudidas clónicas del MSI que se generalizan a las 4 extremidades. Ausencia de contacto con el medio. Se administra enema de Diazepam rectal (5 mg) cediendo la crisis. Posteriormente postcrítica durante 2 horas. Durante la crisis presenta cianosis peribucal y baja satO₂. Es el primer episodio. Antecedente de proceso cataral de 7-10 días de evolución. Pico febril aislado de 38.2°C dos días antes. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS: - gasometría venosa a su llegada: pH 7.04, pCO₂: 106mmHg, HCO₃: 20.8mEq/L, Na: 138 mmmol/L, K: 3.6 mmmol/L, Ca: 5.29 mmol/L, G: 113 mg/dL, Lactato venoso: 2.3 mmol/L - Gasometría a los 30 minutos de su llegada: pH 7.40, pCO₂: 46.6mmHg, HCO₃: 29.2 mEq/L, Na: 138 mmmol/L, K: 7.9 mmmol/L, Ca: 0.95 mmol/L, G: 103 mg/dL, Lactato venoso: 0.81 mmol/L - Analítica sanguínea: Leucocitos totales: 18.800/mcL (NT: 46.4%, Lt: 42.7%, m 4.6%) Bioquímica sin alteraciones, iones en rango. Frotis de sangre periférica: se observan linfocitos activados. - TAC CEREBRAL: Sin hallazgos patológicos EVOLUCION EN UCIP: Permanence estable sin necesidad de drogas vasoactivas. TAM: 70-80 mmHg, FC: 120-130 lpm. Lactato: 0.8 mmmol/L. Se realiza RX de tórax por antecedente de proceso respiratorio, no observándose infiltrados. Los controles gasométricos se normalizan a las 3h del ingreso. Mejoría progresiva de su nivel de alerta sin nuevas crisis Microbiología: Paul-Bunnell negativo. Serología de virus respiratorios Parainfluenza 4 +, Resto negativos - EEG: 1. Actividad de fondo en vigilia y adormecimiento dentro de la normalidad para la edad. 2. Se registran 4 brotes, de punta onda irregular a 2-3 Hz, de hasta 2 segundos de duración, de inicio en región frontotemporal derecha y rápida propagación a regiones contralaterales, con correlato clínico en dos de ellos. Diagnóstico: Status convulsivo de inicio focal y generalización posterior. Epilepsia focal. Posible Sd. Panayotopoulos. Tratamiento: Keppra jarabe (1 mL = 100 mg): 250-0-300 (mg) - Si nueva crisis de más de 2-3 minutos: Stesolid rectal 10 mg o Buccolam oral 7.5 mg.

CONCLUSIONES:

Importancia de hacer un adecuado diagnóstico diferencial ante crisis convulsivas infantiles.

P-569

ECTIMA GANGRENOSO EN NIÑA SANA SIN SEPTICEMIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

J Pascual Fernández, O Oger, MN López Laguna, MJ Redín Sagredo, I Fau Sánchez, S González Subiza, A Rodríguez Méndez

Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

PALABRAS CLAVE: ectima gangrenoso-pseudomonas aureaginosa-sepsis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: El ectima gangrenoso es una manifestación cutánea de la infección con o sin septicemia por *P.aeruginosa*, afectando la microvasculatura local y desarrollando lesión en el punto de entrada de la bacteria, apareciendo pápulas que evolucionan hacia la ulceración. Se encuentra asociada a estados de inmunosupresión. Objetivo: Conocer la entidad clínica para poder emitir un diagnóstico de sospecha que permita instaurar tratamiento inmediato. Caso: Niña de 12 meses sin patología previa, acude a Sº de Urgencias, derivada por su pediatra por rinorrea, fiebre hasta 39,5°C de 5 días de evolución. Asocia exantema maculo papuloso en labios mayores y surco interglúteo así como lesiones ampollas serosas con base ulcerada y lesiones necróticas de 48 horas de evolución en región perianal coincidiendo estas con un empeoramiento de estado general. Presenta TA 100/70 mmHg, T 37,9°C, FC 170 lpm, FR 48 rpm, Sat de O₂ 97%. Hipoactiva, con decaimiento general, Glasgow 15 y signos meníngeos (-). Se realiza analítica detectándose leucocitosis, PCR 320mg/L, PCT 31 ng/dl sin coagulopatía. Rx tórax normal. En urgencias presenta empeoramiento de su estado general con descenso de TA y aumento FC, se activa código sepsis, administrándose suero terapia y cefotaxima. Tras expansión de volumen con buena respuesta clínica se realiza control analítico presentando pancitopenia con neutropenia, coagulopatía, PCT 26 ng/dl, PCR 263mg/L. Ante la sospecha de ectima gangrenoso se ajusta antibioterapia a cefepime + vancomicina y se ingresa a la paciente. La unidad de cirugía infantil, realiza desbridaje de lesiones cultivando el exudado resultando positivo para *Pseudomonas Aureaginosa* sustituyendo la vancomicina por tobramicina presentando una evolución favorable con mejoría de su estado general y de parámetros analíticos. Los hemocultivos resultan negativos en todo momento. Tras 10 días de antibioterapia la paciente es dada de alta sin secuelas ampliando tratamiento oral con ciprofloxacino durante 7 días produciéndose resolución del cuadro.

CONCLUSIONES:

El ectima gangrenoso se asocia a pacientes inmunodeprimidos y suele cursar con septicemia. En el caso expuesto el aspecto y localización de las lesiones jugaron un papel fundamental en la sospecha clínica en una paciente sin factores de riesgo para el desarrollo de esta entidad.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-570

UNA FIEBRE MUY CURIOSA

A Herrera Marinas, J Cañizo Canto, B Braun Saro,
R Ibáñez del Castillo, L Ortega Herruzo, C Sanz Plaza,
C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfermedad de still del adulto-fiebre-ferritina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 39 años natural de Marruecos, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por fiebre de 10 días de evolución, junto con odinofagia, artritis y afectación del estado general. En la exploración física destacan crepitantes en base izquierda, adenopatías laterocervicales rodaderas de más de 1 cm y sinovitis de 3º y 4º articulación metacarpofalángica de la mano izquierda. En la analítica de Urgencias destaca leucocitosis con desviación izquierda, LDH de 883 y PCR 184. Se realizó una radiografía de tórax donde se observa un derrame loculado en base derecha. Se decide ingreso en Medicina Interna. Durante el ingreso, se observa una hiperferritinemia (13600). En el TAC toracoabdominal destaca: adenopatías laterocervicales, hepatoesplenomegalia, derrame pleural bilateral y afectación intersticial de predominio perihiliar y en bases con áreas parcheadas y aumento de densidad en vidrio deslustrado. Ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo, se realizó una punción-aspiración aguja fina donde se observa una linfadenitis reactiva. El paciente presentó una erupción maculopapular asalmonada, y al cumplir criterios para la Enfermedad de Still se comienza tratamiento corticoideo, con rápida mejoría clínica.

CONCLUSIONES:

Consideramos de interés presentar este caso como diagnóstico diferencial del síndrome febril. La enfermedad de Still es una afectación inflamatoria con síntomas articulares y sistémicos, de origen indeterminado típica de adultos jóvenes. Como características clínicas presenta fiebre en agujas, rash maculopapular evanescente, artralgias o artritis, leucocitosis con neutrofilia, odinofagia, linfadenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia y afectación de la función hepática, derrame pleural y neumonitis intersticial. La ferritina sérica suele elevarse hasta 5 veces su valor normal y es criterio de diagnóstico y evolución. No existe ningún dato patognomónico ni prueba diagnóstica, por lo que el diagnóstico es de exclusión y se han creado varios criterios para diagnosticar la enfermedad. Por tanto, se trata de una enfermedad poco frecuente, de diagnóstico complicado, que en ocasiones presenta complicaciones sistémicas graves. Por ello, es importante incluir en el diagnóstico diferencial de fiebre sin foco a la Enfermedad de Still, pues el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado conducen a una evolución favorable.

P-571

UN TROMBOEMBOLISMO Y UNA EOSINOFILIA

A Herrera Marinas, J Cañizo Canto, B Braun Saro, MG Rincón
Carmona, R Ibáñez del Castillo, L Ortega Herruzo, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: eosinofilia-adenocarcinoma-tromboembolia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 38 años, fumador de 3 paquetes/día, bebedor y consumidor de cocaína ocasionalmente, que acude a Urgencias por dolor mecánico en miembro inferior derecho desde hace 3 semanas, junto con disnea de esfuerzo, fiebre, hemoptisis y dolor pleurítico. En analítica, leucocitosis, con eosinofilia 3300 y dímero-D 15800. Se realizó un TAC toracoabdominal que mostró tromboembolismo pulmonar con infartos pulmonares bilaterales en lóbulos inferiores, adenopatías hiliares bilaterales en rango patológico y lesiones ocupantes de espacio (LOEs) hepáticas que podrían corresponder con hemangiomas. En Doppler de miembros inferiores hallazgos compatibles con trombosis venosa profunda. Se ingresó al paciente con anticoagulación y se le realizó una RM hepática para estudio de las LOEs, concluyéndose que, aunque no es el comportamiento más característico, podrían considerarse hemangiomas atípicos, sin poder descartar otras posibilidades. Parásitos en heces, serología y marcadores tumorales negativos. En frotis y citometría se confirmó eosinofilia 42% sin datos de clonalidad. Ante la sospecha de síndrome hipereosinófilo versus síndrome linfoproliferativo con trombofilia asociada, se realizó biopsia médula ósea sin evidencia de infiltración neoplásica. Durante el ingreso, el paciente presentó visión borrosa, hemiparesia derecha, urticaria aguda y dolor en hipocondrio derecho progresivo de difícil control. Se realizó RM cerebral: múltiples lesiones isquémicas agudas córtico-subcorticales así como en ganglios basales bilaterales. En analítica, aumento de eosinófilos hasta 7000. Se realizó nuevo TAC toracoabdominal que mostró enfermedad neoplásica en progresión con crecimiento de las lesiones hepáticas conocidas. Múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. La biopsia aguja gruesa hepática y las muestras de fibrobroncoscopia corresponden a adenocarcinoma pulmonar.

CONCLUSIONES:

El síndrome hipereosinófilo (SHE) se define como la presencia de hipereosinofilia (más 1500 eosinófilos) junto con síntomas o signos de disfunción orgánica. Existen tres tipos distintos, el 1º asociado a expansión monoclonal, el 2º asociado a expansión policlonal, y el de causa idiopática. El SHE 2º se produce por linfomas, infección parasitaria o tumores, como en este caso, asociado a adenocarcinoma de pulmón. Presentan clínica muy variada: enfermedad tromboembólica a varios niveles (cerebral, pulmonar, ocular), eritrodermia urticaria recurrente, adenopatías, etc. Es necesario detectar el gen PDGFRA en sangre periférica y médula ósea, ya que el tratamiento varía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-572

MAMÁ, ME HE VUELTO A CAER...

**A Chamali Pino (1), E Tejedor Simón (1), M Anadón González (1),
B García López (1), A Revuelta Alonso (1), T Blanco Ramos (2)**

(1) Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.

(2) C. S. V Centenario. San Sebastián de los Reyes, Madrid

PALABRAS CLAVE: miastenia gravis-debilidad muscular-anticuerpos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

Mujer de 15 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por astenia y debilidad muscular progresiva de tres meses de evolución, intensificada al final del día y que describe como caídas frecuentes, dificultad para levantarse del suelo, subir y bajar escaleras e insiste que se le caen las cosas de las manos de manera llamativa. Además, refiere somnolencia y fatigabilidad constante desde primera hora de la mañana. Dificultad para la masticación añadida, sin disnea ni disfonía. No fiebre. No vómitos ni otra clínica.

OBJETIVO:

La miastenia gravis es una enfermedad poco frecuente en la infancia que puede conducir a insuficiencia respiratoria. Debido a su rareza, puede pasar desapercibida en sus manifestaciones iniciales, retrasándose peligrosamente el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A la exploración, voz lenta, apagada. Pares craneales normales salvo leve ptosis palpebral izquierda fatigable. No diplopía. Debilidad flexor del cuello, deltoides e iliopsoas y también en intrínsecos de las manos. El estudio analítico, metabólico, resonancia magnética craneal, cervical y hormonas tiroideas fueron normales salvo positividad de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina. La radiografía de tórax descarta masas. El estudio electromiográfico describe Jitter y repetitiva normales.

RESULTADOS:

Con diagnóstico probable de Miastenia Gravis generalizada con afectación bulbar leve, se inicia tratamiento con Piridostigmina oral. A las 48 horas presenta mínima respuesta con leve aumento de la fuerza en las manos, mejoría de la marcha y capacidad para levantarse. A pesar de ello la respuesta fue insuficiente añadiéndose corticoterapia y clara mejoría posterior.

CONCLUSIONES:

La miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune que afecta a la unión neuromuscular y se caracteriza principalmente por fatigabilidad y debilidad muscular fluctuante. Afecta de 4 a 10 de cada 100.000 habitantes, siendo la forma juvenil un 10% del total. La clínica principal es la debilidad fluctuante de la musculatura voluntaria, que empeora por la tarde, con el calor y con las infecciones. El diag-

nóstico se fundamenta en la clínica, el estudio neurofisiológico, serológico y los test farmacológicos. Por tanto, es una enfermedad posible en niños, que debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de los procesos que cursan con debilidad neuromuscular e insuficiencia respiratoria aguda.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-575

**A PROPÓSITO DE UN CASO:
SÍNDROME PARKINSONIANO INFANTIL**

JC Ferrández Rodríguez, A Montenegro Moure, J Ruiz Casquet,
AR Alfayate Torres, M Morales Alemán, MA García Almela, MA Latorre
Palazón

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: pediatrics-parkinson disease, secondary-neurology

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Escolar de 4 años. Acude con sus padres a servicio de urgencias hospitalario por cuadro de 4-5 horas de evolución de dificultad de la marcha, torpeza y alteraciones conductuales (frases sin sentido). Antecedentes: Sin antecedentes de interés, parto vaginal a las 40 semanas, eutócico. Constantes: TA 99/70 mmHg (normal, ajustada por percentil a edad) Exploración física: buen estado general, consciente y orientado, auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normal, neurológicamente destaca una importante torpeza, con caídas hacia atrás, marcha en tándem, disminución del braceo, temblor fino distal de la mano derecha, cuello lateralizado a la derecha sin rigidez en extremidades ni meningismo, pupilas isocóricas y normorreactivas, reflejos conservados, fuerza disminuida en miembros inferiores no valorable por falta de colaboración. Pruebas complementarias: Tóxicos en orina positivos para antidepresivos tricíclicos. Diagnóstico: Síndrome parkinsoniano secundario a ingesta accidental de fármacos. Rehistoriando a los padres, existió la posibilidad de acceso del menor a la medicación de un familiar (abuela tratada con amitriptilina). El preescolar permaneció en observación esa noche hasta que los síntomas cesaron y se determinó que la duración del fármaco (semivida menor de 24h) finalizó.

CONCLUSIONES:

Ante trastornos neurológicos agudos en la edad pediátrica debemos descartar como primera causa la ingesta accidental de fármacos, interrogando a los padres o tutores sobre el acceso a los mismos en el domicilio.

P-576

**VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA IDIOPÁTICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

A Cordero Moreno, M Martínez Ibáñez, A Gutiérrez García,
D Ternerero Escudero, JM Cañizares Romero, MM Rojas Martínez,
I Corrales Álvarez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: vasculitis-hipersensitivity vasculitis-henoch-schönlein purpura

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 68 años, con los antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica tipo SCACEST, insuficiencia mitral moderada. Independiente para las ABVD. Acude al servicio de urgencias por aparición de púrpura en ambos miembros inferiores de una semana de evolución. Refiere dolor, prurito intenso y cuadro catarral previo, permaneciendo afebril en todo momento. Buen estado general. Eupneico en reposo. Afebril. TA: 131/83, FC 87lpm. Auscultación: tonos rítmicos. Murmullo vesicular pulmonar conservado. Abdomen anodino. Púrpura palpable confluyente en ambos miembros inferiores de predominio pretibial con lesiones por rascado. Lesiones petequiales de predominio en zonas declives, pero también con alguna lesión en brazos y tronco. Analítica: Hemograma: normal. Coagulación: TP 65,8%, INR 1,24, TTPA: 26,3sg. Bioquímica: PCR 25,9, resto normal. Orina: anodina. Radiografía de tórax: Sin alteraciones significativas. Serología: VHA IgG positiva. Ac AntiHBC positivo. Ac AntiHBS positivo. Ac AntiHBC positivo. Resto negativo. ANCA's normales. Biopsia cutánea: Vasculitis leucocitoclástica con estudio de IF negativo. Juicio clínico: Vasculitis leucocitoclástica idiopática. Evolución: Tras resultados de biopsias se inicia tratamiento con corticoides y se procede al alta para seguimiento en consultas de medicina interna. Las lesiones iniciales en forma de máculas purpúricas evolucionan a máculas hiperpigmentadas residuales. Diagnóstico diferencial: Se realizará con el resto de vasculitis sistémicas que puedan presentarse como vasculitis primarias, con las formas secundarias de vasculitis y con las pseudovasculitis. La biopsia ayuda a descartar otras patologías que pueden simular una vasculitis cutánea como el escorbuto, la dermatosis purpúrica pigmentada o la púrpura trombocitopénica severa.

CONCLUSIONES:

Las vasculitis leucocitoclásticas, son vasculitis de vasos de pequeño calibre. La biopsia demuestra inflamación de pequeños vasos sanguíneos, más prominente en las vénulas postcapilares, aunque también afecta arteriolas y capilares. Pueden ser primarias o secundarias y el síntoma más característico de ellas es la púrpura palpable localizada fundamentalmente en los miembros inferiores. En general, es una enfermedad benigna y autolimitada. Pero excepcionalmente pueden aparecer manifestaciones sistémicas graves que requieren un tratamiento más agresivo con corticoides e inmunosupresores. Ante una vasculitis cutánea las decisiones clínicas no se deben retrasar hasta obtener el resultado de la biopsia.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-577

TROMBOSIS PORTAL EN NIÑO DE 8 AÑOS DE EDAD

S Bedad Aali, A Rojas Sánchez, M Gómez Varón, I Ortega Gálvez,
G Gálvez Santiago, R Manzano Rodríguez

Hospital de Baza. Granada

PALABRAS CLAVE: trombosis-portal-pediatria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niño de 8 años de edad, alérgico al romilar y al fluidasa, en seguimiento en consulta de pediatría por escasa ganancia ponderal y diarreas ocasionales, sin otros antecedentes de interés, acude al servicio de urgencias de nuestro hospital comarcal por dolor abdominal de 48-72 horas de evolución. Tanto el niño como la madre, explican un dolor continuo, de intensidad oscilante y con reagudización en las últimas 24 horas. Así mismo, refieren vómitos, diarreas, tenesmo rectal y febrícula de hasta 37.8 °C. A su llegada a urgencias, se encuentra estable, afebril, consciente, orientado y con un estado general conservado. A la exploración física, ligera palidez cutánea, ojeroso, y abdomen blando, depresible y doloroso en hemiabdomen superior y flanco izquierdo. Se realiza radiografía de abdomen y analítica de sangre con parámetros dentro de los límites de la normalidad. Debido a la persistencia de la clínica (escala analógica del dolor: 10 puntos) se decide pasar a observación pediátrica y se solicita una ecografía abdominal que describe liquido libre abdominal y engrosamiento de asas intestinales. Horas más tarde, presenta deterioro del estado general con pérdida de conciencia, palidez intensa, pulsos débiles, bradicardia y, todo en el contexto de un rectorragia (sangre fresca en heces). Se procede a la estabilización del paciente y a la realización de nuevos estudios. Analíticamente presenta una acidosis mixta severa, hemoglobina de 7 mg/dl, alteración de la coagulación y leucocitosis. También se realiza endoscopia digestiva, evidenciándose sangre fresca en todo el colon y, finalmente un TC abdominal que informa de trombosis portal con extensión al eje esplénomesentérico y signos de isquemia intestinal. Fue derivado al Hospital Infantil de referencia donde se realizó laparotomía, objetivándose necrosis intestinal sin visualizar extremo viable para ileostomía, por lo que contactan con el Servicio de Gastroenterología del Hospital de la Paz para que procedan a la extirpación intestinal total y para la inclusión en lista de espera para trasplante multiórgano (hepático e intestinal).

CONCLUSIONES:

La trombosis portal y mesentérica es una entidad poco frecuente pero con complicaciones graves. La importancia del diagnóstico y tratamiento precoz es evidente, hecho que obliga a tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

P-578

ANEMIA HEMOLÍTICA EN EL LACTANTE

A Salazar Puntas, F Rico Rodríguez, AJ García Sánchez,
S Postigo Cruz, R Hidalgo Gil, M Guzmán Regalado,
S Fernández López

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

PALABRAS CLAVE: anemia hemolítica-ictericia-hiperbilirrubinemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 12 meses de edad derivado del centro de salud por episodio de fiebre termometrada de hasta 38,5°C e ictericia. Se acompaña de intolerancia oral en las últimas 24 horas y vómitos. Inicio hace 24 horas tratamiento con cefuroxima oral que no tolera. Exploración física, buen estado general alerta y reactivo, leve deshidratación e ictericia franca de piel y mucosas. ORL sin hallazgos valorables. No adenopatías. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No otros hallazgos de la exploración de interés. Se solicita hematemetria bioquímica y orina. Hemoglobina 8,0 g/dl, Hematocrito 22,2%. Bilirrubina total 8,10mg/dl a expensas de indirecta. Orina: >200hem Frotis de sangre periférica con microcitosis, anisocitosis sin esquistocitos. Coombs directo positivo. PCR 200 INR 1,4. Diagnóstico: Anemia hemolítica aguda grave. Diagnóstico diferencial: Coagulación intravascular diseminada, hemoglobinuria paroxística nocturna, púrpura trombocitopénica, síndrome hemolítico-urémico. Evolución: se ingresa en Pediatría y tras ingreso prolongado evolucionó favorablemente.

CONCLUSIONES:

-En las anemias hemolíticas, se produce una reducción de la vida media de los hematíes por destrucción eritrocitaria anormalmente elevada (hemólisis). Se aumenta la producción eritroide aumentando el porcentaje de reticulocitos en sangre periférica.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-583

UN EDEMA DE ÚVULA DIFERENTE

M Coll Hernández (1), B Cabrera Fernández (1), E Tejero Sánchez (2), M Fuentes Bermejo (3), M Alonso Ovies (1), L Rosillo-Daoiz De Puig (4)

(1) Hospital de Fuenlabrada. C. S. Panaderas. Madrid. (2) Hospital de Fuenlabrada. Madrid. (3) Hospital de Fuenlabrada. C. S. Castilla la Nueva. Madrid. (4) Hospital de Fuenlabrada. C. S. Alicante. Madrid

PALABRAS CLAVE: úvula-edema-hemangioma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 36 años, natural de Nigeria, acude a urgencias con sintomatología de sensación de cuerpo extraño en la garganta, ronquera y alteraciones de la voz. Apareciendo, tras ingerir 10 botellines de cerveza. Refiere episodios previos similares, tras ingesta de whisky. Niega toma de medicamentos, prurito o lesiones cutáneas. El paciente se encontraba consciente, intranquilo y ansioso. Presión arterial 160/90 mmHg, frecuencia cardíaca 108 lat/min y saturación del 97%. El examen físico objetivó úvula hiperémica, filiforme y edematosa que llegaba a descansar sobre la parte posterior de la lengua. No se apreciaban otras alteraciones en lengua o mucosa oral. Auscultación cardiopulmonar y resto de exploración normal. Analítica sin alteraciones A las 3 horas, tras tratamiento con metilprednisolona 1mg/kg intravenosa, la sintomatología y el edema de úvula disminuyó sin completa resolución. El paciente permaneció en observación durante 8h, hasta ser valorado por otorrinolaringología con juicio clínico de angioedema de úvula tras ingesta de bebidas alcohólicas, solicitándole cita preferente en alergología. Inició tratamiento oral con corticoides en pauta descendente. Alergología, descartó relación medicamentosa, alimentaria (alcohol) o angioedema hereditario. Ante la presencia de úvula de grandes dimensiones, se decidió biopsiar con anatomía patológica de hemangioma arteriovenoso, tras resección no ha presentado nuevos episodios.

CONCLUSIONES:

El edema de úvula aislado es infrecuente, entre las causas precipitantes se incluyen: traumatismos, infecciones, neoplasias, antecedentes de roncopatía y angioedema hereditario (déficit de inhibidor de C1), pero son las reacciones de hipersensibilidad tipo I su causa más habitual. Hay que tener en cuenta la implicación de fármacos, habiéndose descrito reacciones a inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antiinflamatorios. El hemangioma arteriovenoso representa el 7% de los tumores vasculares benignos, son más frecuentes en infancia y raza negra. Se localizan en mucosa bucal, labios, lengua y raramente en úvula. Su tratamiento es resección quirúrgica. Aunque el caso que presentamos es excepcional, consideramos importante una buena anamnesis y exploración, ante desarrollo del angioedema de úvula, puesto que no actuar de forma correcta o indicar las recomendaciones necesarias, puede ser mortal para el paciente.

P-584

DELIRIUM EN PACIENTE ANCIANO

S Renau Solaz (1), D Bueno Claros (2), S Frutos Díaz (3), S Murciano Martí (1), A Riaño Montalvo (1), JM Carrera Ortiz (4)

(1) CAP Deltebre. Tarragona. (2) Residencial Castellón. (3) Hospital de la Santa Creu de Jesús. Tortosa, Tarragona. (4) CAP Temple. ortosa, Tarragona

PALABRAS CLAVE: delirium-anciano-deterioro cognitivo

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 78 años con los siguientes antecedentes de interés: Alergia a Nolotil. HTA, DM tipo 2, deterioro cognitivo en seguimiento por neurología tipo Alzheimer GDS 5, osteoporosis, fractura de cadera intervenida con prótesis, colecistectomía, apendicectomía. Medicación habitual: Paracetamol 1gr 1 -1-1, Simvastatina 40mg 0-0-1, Donepezilo 10mg 1-0-0, Acido alendrónico 70mg 1 por semana, Demilos 1500mg/1000 UI 1-0-0, Enalapril 10mg 0-0-1, Metformina 850mg 1-0-1, Acido acetilsalicílico 100mg 0-0-1, Omeprazol 20mg 1-0-0, molaxole 1 sobre al día. Síndromes geriátricos: Marcha con muleta, independiente para ABVD, precisa ayuda para la ducha. Realiza alguna actividad instrumental con supervisión. Incontinencia urinaria ocasional. No disfagia. Estreñimiento habitual. Buen control con laxantes oral. Eutímico. Enfermedad actual: Paciente que acude acompañado por la familiar por trastorno del comportamiento con agresividad, alucinaciones y deterioro progresivo de unos días. Interrogando en la historia clínica, la familiar dice que estos días ha requerido pañal y que nota la orina más oscura de lo habitual. Se le realiza una tira de orina: Leucocitos +++, hemáties ++, nitritos + (cursamos urocultivo). T° axilar 36.8°C. ACR: Tono rítmico, no soplos, no ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, refiere molestias a la palpación de zona hipogástrica. Puño percusión bilateral negativa. Plan: Se pauta 2 sobre de fosfomicina 3gr cada 48 horas y risperdal 1mg/ml 0-0.25-0.25 Evolución Al cabo de unos días se recibe llamada telefónica por síndrome de inmovilidad. En la exploración al domicilio destaca rigidez en rueda dentada, por lo que decido suspender risperdal por extrapiramidalismo (posible efecto secundario). La familiar refiere que sigue con los trastornos de conducta con alucinaciones, por lo que se inicia quetiapina 25mg 0-1-1. A la semana siguiente, la familiar refiriendo mejoría del paciente., por lo que se disminuye quetiapina a 0-01 y finalmente se suspende por buena evolución. Se pauta rehabilitación domiciliaria y al mes vuelve a estar en situación basal.

CONCLUSIONES:

Hay que tener presente que ante un paciente anciano con delirium puede haber un foco infeccioso secundario a pesar de estar afebril el paciente. Del mismo modo, hay que hacer uso responsable de la medicación psicótica por posibles efectos secundarios en ancianos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-585

EL ALTO PRECIO DE EVITAR UN GOL

F Breña Casco, R Baró Martín, V Rodríguez Buitrago, J del Pozo Ruiz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: convulsion-traumatic brain injury-subarachnoid haemorrhage**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Enfermedad Actual: Adolescente de 15 años que es traído por la UVI móvil por presentar traumatismo craneoencefálico de alto impacto con otorragia derecha. Refieren que mientras jugaba al fútbol de portero choca con un compañero (creen que le da un rodillazo en la región temporal derecha) y luego cae al suelo. Convulsión tónico-clónica de las cuatro extremidades de unos 20 segundos de duración que se produce inmediatamente tras el golpe, con dudosa pérdida de conciencia. No vómitos. Le administran un Paracetamol de 1 gramo por cefalea intensa de hemisferio derecho. A su llegada hemodinámicamente estable. No presenta dolor a la palpación ni movilización del cuello por lo que se retira collarín. Refiere dolor en región temporal derecha. Persiste sangrado de oído derecho. Peso: 90 x kgs. Tª: afebril. SatO2: 100%. FC: 94 lpm. TA: 144/65 mmHg. Glasgow 15. Otorrea derecha. Resto normal. TAC craneal: Contusiones cerebrales hemorrágicas de localización frontobasal y temporal derechas. Hemorragia subaracnoidea frontoparietal derecha. Fractura transversa de peñasco derecho asociado a ocupación parcial de celdillas mastoideas. Evolución en Urgencias: la cefalea aumenta de intensidad, llegando a necesitar Fentanilo 50mcg. Trasladado a UVI pediátrica con neurocirugía. A las 6 horas del ingreso crisis tónico-clónica con disminución del nivel de conciencia que requiere para ceder Midazolam y fenitoína. Doppler transcraneal con hipoperfusión. Se realiza intubación, y conexión a VM con sedoanalgesia. Nuevo TC asociándose dexametasona por edema vasogénico pericontusional. Precisa expansión de volumen y perfusión de noradrenalina para mantener presión arterial adecuada. A las 36 horas es extubado, comienza con fiebre por lo que se realiza broncoscopia, dando positivo para *S. pneumoniae*. 12 horas después alta a planta, alta a domicilio 24 horas después. JC: TCE grave. El radiológico. Crisis convulsiva tónico-clónica generalizada secundaria. Infección respiratoria.

CONCLUSIONES:

Los TCE graves mueren en un 35% debido a lesiones primarias cerebrales, un 50% o más debido a lesiones expansivas secundarias y un 8% a causa de complicaciones extracraneales, por lo que esta deben ser conocidas y tratadas lo más precozmente posible. En caso de que se presente una crisis epiléptica en el curso del TCE obliga a iniciar tratamiento antiepiléptico, mantenerlo y adecuarlo a las prácticas habituales del tratamiento de la epilepsia.

P-588

¡MAMÁ, ME HA CAMBIADO LA VOZ!

V Siles Jiménez, AM Chuchon Alva, E Gutiérrez Marigorta,

MJ García Miranda, P Barbero Barbero, M Martín Sánchez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: enfisema mediastínico-enfisema subcutáneo-tos**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

El neumomediastino es la presencia de aire libre en el mediastino. Puede ser espontáneo o secundario a traumatismo. Su principal fisiopatología es el efecto Macklin. El efecto Macklin es causado por la disección de aire medialmente a lo largo de la vaina broncoalveolar (enfisema intersticial), y es secundario a la rotura alveolar, que se extiende al mediastino y a otras regiones anatómicas (neumoperitoneo). El dolor torácico y la disnea son los síntomas más frecuentes. Otros síntomas y signos son el enfisema subcutáneo y el signo de Hamman. La radiografía simple de tórax es la prueba de elección. El tratamiento conservador tiene un pronóstico favorable.

OBJETIVO:

Conocer los signos y síntomas asociados al neumomediastino para poder realizar un adecuado diagnóstico de presunción.

PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un varón de 15 que acude al Servicio de Urgencias por presentar de forma súbita odinofagia intensa y palpación de sustancia crepitante en tejido subcutáneo cervical. No presenta disnea, tos, fiebre ni otra sintomatología acompañante. Únicamente refiere cuadro de tos sin expectoración durante la semana anterior. El paciente se encuentra consciente, bien hidratado y perfundido, con normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Colabora. Presenta voz bitonal. Cuello: Enfisema subcutáneo cervical. Tórax: Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar normal. TAC de tórax: Importante enfisema subcutáneo a nivel cervical, axilar derecho y en pared torácica de predominio posterior asociado a neumomediastino. No se aprecia neumotórax ni lesiones en la vía aérea o digestiva, lo que es compatible con neumomediastino por efecto Macklin. Nasofibroscoopia: Vía aérea libre, con ambas CCVV móviles y espacio glótico conservado.

RESULTADO:

El paciente fue tratado de forma conservadora con Paracetamol y mediante la realización de inspiraciones profundas, mejorando clínicamente.

CONCLUSIONES:

La presencia de enfisema subcutáneo en este paciente nos podría haber hecho pensar en el diagnóstico de presunción de neumomediastino, habiéndose podido confirmar el mediante una Radiografía de tórax, pues es la prueba diagnóstica de elección, en lugar del TAC realizado.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-590

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

**I Vigil Mejía (1), M Orgambides Domingo (2),
M Vázquez Basallote (3), T Sánchez (4), A Oltra (5)**

(1) C. S. Puerto de Sagunto II. Valencia. (2) Hospital de Sagunto. Valencia.
(3) C. S. Puerto de Sagunto I. Valencia. (4) C. S. Segorbe. Castellón. (5) C. S.
Sagunto. Valencia

PALABRAS CLAVE: púrpura-vasculitis-eritema cutáneo

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niña de 10 años de edad que acude al médico de atención continua, traída por sus padres por que llevaba días previsto con un cuadro de tos, mocos y fiebre de 39°C que cedió con antipiréticos. Alas 48 horas sin fiebre, inicia con lesiones eritematosas, no pruriginosas, que se localizan del ombligo hacia miembros inferiores, no desaparecen a la digitopresión. En el transcurso del día se acompaña de dificultad para la deambulación, con ligero edema del tobillo derecho. A la exploración física presenta regular estado general, afebril, con ligera congestión nasal. Hiperemia de orofaringe, no placas de pus, ACP: sin hallazgos, Abdomen blando depresible, no visceromegalia. En MMII presenta petequias desde el ombligo hacia MMII. Edema de tobillo derecho con dolor a la palpación y movimientos articulares. Por todo lo anterior se remite a PU donde se le realiza analítica con hemograma, bioquímica y orina sin hallazgos significativos. Se le administra analgesia IV, se mantiene en observación y posteriormente es dada de alta, en seguimiento por Hospital de día de pediatría.

CONCLUSIONES:

La púrpura de Schönlein Henoch es una vasculitis frecuente en la infancia. Se caracteriza por una púrpura palpable, artritis o artralgiás, dolor cólico abdominal o hemorragia gastrointestinal y nefritis. Con frecuencia se encuentra el antecedente de afección del tracto respiratorio superior por el estreptococo beta hemolítico grupo A, Yersinia o Mycoplasma (más raramente) o por virus (EB, varicela, parvovirus B-19, etc.). Otros desencadenantes pueden ser fármacos (penicilina, ampicilina, eritromicina, quinina), alimentos, exposición al frío o picaduras de insectos.

P-591

ENFOQUE GLOBAL DEL PACIENTE POLIMEDICADO
DESDE URGENCIAS

**C Celada Roldán (1), C García Balsalobre (2), M García Aroca (1),
R Gómez García (3), I Martínez Ardil (3), A Martínez Más (3),
E Sequeda Vázquez (4)**

(1) C. de Salud Los Dolores. Murcia. (2) C. S. San Antón. Murcia. (3) C. S. Barrio
Peral. Murcia. (4) C. S. La Unión. Murcia

PALABRAS CLAVE: intoxicación-polimedicado-anciano

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 65 años que acude a Urgencias ya que refiere diarrea líquida sin restos patológicos y astenia de una semana de evolución, exacerbándose desde hace 3 días hasta incapacitarle sin otros síntomas asociados. Niega fiebre ni síndrome constitucional asociado. Como antecedentes personales destacar: HTA, DM tipo 2, obesidad mórbida, cardiopatía hipertensiva con FEVI 50%. 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 40/25mg. Exploración física: Consciente y orientada, regular estado general, bradicárdica, palidez en mucosas. TA: 90/50 mmHg, Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos apagados sin soplo, murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. MMII: no edema, signos de insuficiencia venosa crónica, pulsos pedios disminuidos. Pruebas complementarias: ECG: FA a 37 lpm, PR largo, depresión de ST y R alta en QRS de V4-V6 con aplanamiento de onda T. BIRDHH. Analítica: Glucosa: 104, urea: 164, Cr: 7.33, Na: 139, K: 4, Digoxina: 3mg, Hb: 13.2, Hcto: 41%, Leucos: 13770 (N: 112), Plaquetas: 210000. Rx tórax: sin signos de patología aguda. Ecocardiograma: Cardiopatía hipertensiva con FEVI del 38%. Tras objetivar empeoramiento de su función renal (Creatinina 7.33) y digoxinemia de 3mg se inicia sueroterapia junto a suspensión de beta bloqueantes, digoxina y eplerenona precisando de monitorización cardíaca. Juicio clínico: ACXFA con respuesta ventricular lenta secundaria a sobredosificación farmacológica. ERC reagudizada de origen prerrenal multifactorial (ARA II + diarrea 2º a intoxicación digitalica + bradicardia + diuréticos + hipotensión). Diagnóstico diferencial: GEA vírica/bacteriana, descompensación de insuficiencia cardíaca, infección urinaria.

CONCLUSIONES:

La intoxicación digitalica se define más por la presencia de manifestaciones clínicas (vómitos, diarrea, astenia, confusión) y/o electrocardiográficas compatibles que por la simple elevación de la concentración sérica de digoxina. Dado que es una entidad clínica potencialmente mortal (6%), desde Urgencias es fundamental tener un manejo óptimo del paciente pluripatológico ya que pese a su complejidad es necesario vigilar tanto las interacciones farmacológicas como las condiciones basales del paciente (insuficiencia renal crónica) que puedan modificar la cinética de la digoxina, así como la de otros fármacos, poniendo en peligro la vida del paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-592

DOCTOR, ME DUELE EL CUELLO

DM Robaina Cabrera, MJ Grande Frutos, P Fombellida Gutiérrez, R González Peredo, E López Uzquiza, LP Salag Rubio, S Sánchez Ortiz
Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

PALABRAS CLAVE: hemangioendotelioma epitelioides-metástasis-cuello doloroso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA Bulto cervical ANAMNESIS Varón de 56 años sin ningún antecedente médico-quirúrgico de interés. Trabaja de carnicero en un supermercado. Refiere cervicalgia con los movimientos cefálicos de tres meses de evolución, que cede con antiinflamatorios y fisioterapia. Acude al servicio de urgencias porque en el último mes, a pesar de los masajes, nota una contractura en zona posterior del cuello, además no consigue controlar el dolor con la medicación habitual. **EXPLORACIÓN** Buen estado general. No se palpan adenopatías a ningún nivel. Cabeza y cuello: Tumefacción cervical posterior, donde se palpa masa de gran tamaño que ocupa casi toda la región posterior de cuello, de consistencia dura, adherida a planos profundos. Angioma cutáneo en la zona de la tumefacción. AC y AP: Normal Abdomen: Blando no doloroso a la palpación profunda, ruidos presentes, no se palpan masas ni megalias. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** -Urgencias Rx cervical: Aumento de partes blandas posterior, erosión arco posterior del atlas. TC cervical: Masa heterogénea cervical posterior de aspecto radiológico maligno, que plantea el diagnóstico diferencial entre neoformación (probable sarcoma) o afectación metastásica como primeras posibilidades. Afecta a la cortical del arco posterior del atlas. -Durante el ingreso TC toracoabdominal: Voluminosa masa en lóbulo derecho hepático que sugiere metástasis. Tres nódulos milimétricos no calcificados pulmonares que pudieran tratarse de metástasis Biopsia lesión cervical: Hemangioendotelioma epitelioides (HEH). **EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO** En un principio, ante la tumoración cervical, se pensó en un sarcoma de partes blandas como primera aproximación diagnóstica, ante los hallazgos de la biopsia la actitud fue completamente diferente iniciando tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIONES:

El HEH es un tumor raro, originado en las células endoteliales, que afecta al hígado y otras vísceras del organismo. Su etiología es desconocida, siendo el lóbulo hepático derecho el que con más frecuencia se afecta. La estrategia terapéutica en estos tumores no está estandarizada, dada su rareza, heterogeneidad y variabilidad clínica. La resección hepática, es el tratamiento de elección en lesiones únicas, y el trasplante hepático en lesiones múltiples. Su evolución es variable e impredecible, no se han descrito factores predictores de la mortalidad, dado que la ausencia de tratamiento, la histología o la presencia de metástasis, no descartan una larga supervivencia.

P-593

UN HEMOGRAMA REBELDE

C Castillo Maza, N Valdeolivas Hidalgo, S Campos Escudero, L Jorge Huertas, M Arramberri del Vigo, B Ayuso García, C Arévalo Cañas
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: blood cell count-syncope-myeloma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 47 años sin alergias, consumo de tóxicos o antecedentes médico-quirúrgicos previos. Acude a Urgencias por presentar dos episodios de síncope en el metro, de 4-5 segundos de duración, mientras se encontraba sentado y precedidos por mareo sin giro de objetos, sudoración y náuseas sin vómitos. Recuperación completa rápida posterior. No presentó relajación de esfínteres, movimientos anormales ni mordedura de lengua. No aquejó dolor torácico, palpitaciones ni disnea, encontrándose asintomático los días previos. Dos episodios en el pasado (años atrás y siete meses antes). En la anamnesis dirigida refiere frialdad, palidez y edema en manos y pies intermitente, sobre todo con la exposición al frío, así como sangrado de encías espontáneo. Exploración física con livedo reticularis en extremidades inferiores y manos, resto sin datos reseñables. ECG y radiografía de tórax normal. Se extrae hemograma, bioquímica y coagulación, estas dos últimas sin alteraciones. Sin embargo, el hemograma no puede procesarse, ya que presenta una textura mucosa, aunque sin coágulo visible. Se envían muestras de cuatro extracciones diferentes, todas con este problema, que persiste a pesar de calentar la sangre a 37° para descartar la presencia de crioaglutininas. Finalmente se consigue analizar, detectándose una hemoglobina de 10 g/dl, microcítica e hipocrómica. Se interconsulta con Hematología, que realiza un frotis de sangre periférica, normal. Dada la normalidad del resto de pruebas complementarias y las características del síncope, se le cataloga de vasovagal y por la textura mucosa de la sangre, se decide citar al paciente en consultas de Hematología, donde tras estudio completo se diagnostica de mieloma múltiple con paraproteína IgG kappa.

CONCLUSIONES:

El médico debe ser crítico con los resultados de las pruebas solicitadas y debe preguntarse el porqué de ellos, aunque se trate de hallazgos incidentales. En este caso, la imposibilidad de analizar el hemograma por su textura y la búsqueda activa del motivo descubrió la existencia de una paraproteinemia.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-594

PACIENTE ANCIANO CON CERVICALGIA TRAS CAÍDA ACCIDENTAL

H Rodríguez García (1), D Barrio del Masegosa (1),
H Cabrera Martínez (1), A Chuchón Alva (1), I Cordon Dorado (1),
M Martín Sánchez (1), F Reviejo Rodríguez (2)

(1) Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila. (2) Centro de Salud Ávila Estación

PALABRAS CLAVE: aged, 80 and over-accidental falls-spinal fractures

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Las caídas constituyen el paradigma de los síndromes geriátricos. Son una de las principales causas de lesiones, incapacidad, institucionalización y muerte en el paciente anciano. Aproximadamente un tercio de las personas mayores que viven en la comunidad se caen cada año, en personas institucionalizadas la incidencia llega a alcanzar el 50%. Hasta en el 40% de los casos se trata de caídas de repetición. Se asume además que es un problema infraestimado: muchas caídas pasarían desapercibidas y muchas no se comunicarían a los servicios sanitarios. Suponen una causa frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. Las lesiones más habitualmente asociadas son fracturas de cadera, lesiones cerebrales traumáticas y lesiones del miembro superior. Presentamos el caso de una mujer de 81 años, institucionalizada, con deterioro cognitivo moderado y prótesis de rodilla por gonartrosis, con caídas frecuentes, que fue remitida al Servicio de Urgencias tras una caída casual nocturna con traumatismo craneoencefálico, sin pérdida de consciencia. No seguía tratamiento anticoagulante. Refería cefalea y cervicalgia intensas. En la exploración física: sin datos de fractura craneal ni signos indirectos de base de cráneo, Glasgow 15, sin focalidad neurológica. TC craneal sin lesiones agudas. TC de columna cervical que mostraba fractura del atlas con una línea de fractura en el arco anterior y dos en el posterior (fractura de Jefferson), y fractura transversa de la base de la apófisis odontoides y de la apófisis transversa izquierda de C2, sin compromiso del canal medular. La Unidad de Columna correspondiente desestimó el tratamiento quirúrgico e indicó inmovilización con collarín tipo Philadelphia.

CONCLUSIONES:

Las caídas en el anciano pueden constituir un inesperado reto diagnóstico en los Servicios de Urgencias. Circunstancias como la posible ausencia de testigos, la dificultad de algunos pacientes para comunicar sus síntomas, la variable situación basal o la propia fragilidad esquelética pueden hacer que pasen desapercibidas lesiones óseas agudas en localizaciones o de severidad inusuales. Una adecuada anamnesis al paciente y/o testigos, una exploración física minuciosa, atendiendo también a las limitaciones funcionales y los signos indirectos de lesión y dolor, y una cobertura suficiente con pruebas de imagen minimizan los errores por omisión.

P-595

DOCTORA, ¿ES VARICELA?

L Endeiza López (1), A Aldama Martín (2), C Moreno Marrero (1),
M Díaz Gamboa (1), N Lakhani Hathiramani (1)

(1) H. Universitario La Paz. Madrid. (2) H. Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: fiebre-máculas-PLEVA

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niño de 5 años que acude por apatía, fiebre y lesiones en piel. Fue diagnosticado de pitiriasis liquenoide por dermatólogo privado (pendiente de resultado de biopsia) y tratado con lexema tópico y amoxicilina durante la última semana. Refiere aparición de nuevas manchas pruriginosas en tórax, algunas con costra, que desaparecen dejando cicatriz. No fiebre ni otra sintomatología asociada. AP: No reacción alérgica a medicamentos conocidos. Vacunación según calendario, incluidos no financiados. EF: Peso: 18kg, Tª: 36°C, FC: 110lpm, FR: 24rpm, SatO2: 97% basal. BEG, bien hidratado y nutrido. Piel: Placas eritematosas con costra central ovaladas, dispersas por tronco, alteradas con pápulas eritematosas distribuidas por tronco y levemente extremidades. Cara respetada. CyC: No lesiones en piel, no adenopatías. ORL: normal. ACP: normal. Abdomen: normal. Meníngeos negativos. Dx: Probable PLEVA. Tratamiento: Germidin gel ducha, polaramine 3ml cada 12 horas, según evolución valorar terapia con eritromicina. Revisión en Dermatología en una semana con analítica.

CONCLUSIONES:

La pitiriasis liquenoide es una dermatosis inflamatoria infrecuente, adquirida, benigna, de etiopatogenia desconocida y con tendencia autoinvolutiva. Se caracteriza por la aparición de lesiones papuloescamosas persistentes, que se presentan en brotes. Actualmente, la pitiriasis liquenoide se puede clasificar en una forma aguda (PLEVA), crónica (PLC) y una variante ulceronecrotica febril. No tiene predilección racial ni geográfica y su incidencia y etiología son desconocidas (se asocia a susceptibilidad de los brotes por hipersensibilidad a algunos fármacos e infecciones. La edad de presentación más habitual se da en adultos jóvenes y población pediátrica (con dos picos a los 5 y 10 años). Aun teniendo más conocimiento de esta patología desde la primera vez que se describió, todavía hay falta de consenso y dudas en torno a su clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Se presenta este caso con el fin de dar a conocer las características de los brotes agudos de esta enfermedad de forma que podamos hacer un buen diagnóstico y así, informar a los padres de la naturaleza y comportamiento de ésta. También recordar a los padres que hoy en día hay varios tratamientos, pero ninguno definitivo y explicar la importancia de vigilar las lesiones con el fin de evitar malignización.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-596

SÍNDROME DE FREY EN LACTANTE

B López Benítez

Urgencias Hospitalarias Ávila

PALABRAS CLAVE: síndrome auriculotemporal-eritema facial-hiperhidrosis**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Lactante varón de cinco meses. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: embarazo, parto y periodo neonatal normales. Sin antecedentes de parto por fórceps ni alergias. A los cinco meses de edad, es traído al servicio de Urgencias por sus padres porque, según refieren: al introducir la papilla de frutas, y de manera inmediata a la toma, aprecian la aparición de un eritema en la frente, la región periocular y ambas mejillas. El eritema es bilateral, desaparece a los pocos minutos sin apreciarse lesión cutánea alguna. No coincide con la ingesta de medicamentos. En cuanto a la exploración física es completamente anodina. Tras esta primera visita, los padres vuelven, en un par de ocasiones más, refiriendo la misma clínica en su hijo. Observan que el eritema tiene siempre el mismo aspecto, presenta una distribución similar y cuentan que: aparece con la ingesta de distintas frutas (manzana, plátano, pera, naranja). No se acompaña de otra sintomatología (ni fiebre, sudor, disconfort, síntomas respiratorios, habones, edema, prurito, vómitos ni diarrea). Con el diagnóstico de sospecha de síndrome de Frey se remite al alergólogo para realización de Prick-Prick de las frutas relacionadas, resulta negativo. Así se informa a los padres explicándoles el cuadro y se les aconseja no hacer ninguna restricción alimentaria. A pesar de la información y los consejos recibidos, no le administran fruta hasta los 12 meses de edad, momento en el que se reintroduce la misma, habiendo desaparecido la clínica. No presenta síntomas con ningún otro alimento, permaneciendo asintomático desde hace dos años y medio.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Frey o auriculotemporal se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes de eritema facial y/o hiperhidrosis, localizados en el territorio del nervio auriculotemporal, que ocurre en respuesta a los estímulos gustatorios. Es poco frecuente en la infancia. La edad de inicio habitual, cuando no hay un antecedente infeccioso, quirúrgico o traumático, es el primer año de vida. En adultos es una complicación frecuente tras la parotidectomía. El diagnóstico es clínico. No precisa tratamiento. Se debe proporcionar una adecuada información a los padres. Es importante su reconocimiento para evitar pruebas y tratamientos innecesarios.

P-600

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

A Salazar Puntas, F Rico Rodríguez, AJ García Sánchez, S Postigo Cruz, R Hidalgo Gil, FA Márquez Serrano, S Fernández López

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba. ASNC

PALABRAS CLAVE: fiebre-vasculitis-exantema**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 14 meses que acude a urgencias por presentar fiebre de 6 y exantema. Comenzó el cuadro con tos y mucosidad hace una semana y se pautó antibioterapia oral. Desde hace 24 horas comenzó con cuadro de exantema cutáneo maculopapular eritematoso generalizado. Refiere fiebre desde hace 6 días de un máximo de 38°C persistente pese a tratamiento antibiótico. Exploración física: aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. Exantema maculopapular eritematoso generalizado con afectación de manos y pies incluyendo palmas y plantas. Enantera en velo del paladar, labios eritematosos, lengua aframbuesada e hipereemia faríngea. Inyección conjuntival bilateral, adenopatía laterocervical derecha de 1,5 cm no dolorosa rodadera. Exploración neurológica y auscultación cardiorrespiratoria normal. Se solicita hematemetría, bioquímica, coagulación, troponina de alta sensibilidad, y orina. Hematemetría: 28960 Leucitos con Hb 10g/dl, Htco 30%. PCR 200. Troponina 0,0. Resto sin alteraciones. Diagnóstico: sospecha de enfermedad de Kawasaki. Diagnóstico Diferencial: sarampión, herpesvirus, Escarlatina y mononucleosis infecciosa. Síndrome de Stenven-Johnson, Síndrome de shock tóxico. Artritis idiopática juvenil, Poliarteritis nudosa, Lupus eritematoso sistémico y fiebre reumática. Evolución: se realizó ingreso se inició primera dosis de inmunoglobulina con respuesta positiva. Se realizó durante el ingreso ecocardiograma con discreto derrame pericárdico sin otras alteraciones con evolución posterior favorable.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de tamaño pequeño y mediano. Es un proceso inflamatorio agudo y autolimitado pero potencialmente grave por las complicaciones cardíacas que se pueden producir. El 85% pacientes es menor de cinco años. Se ha descrito asociaciones con virus Epstein-Barr y rotavirus. El diagnóstico es clínico e incluye fiebre de 5 días de evolución y mínimo 4 criterios: eritema de palmas y plantas o descamación de dedos de los pies, exantema polimorfo, inyección conjuntival bilateral, alteraciones mucosa labial, adenopatía cervical > 1,5 cm. Se describen 3 fases. Aguda, con signos clínicos presentes y leucocitosis con anemia normocítica. Subaguda, mejoría de signos/síntomas y posible aparición de aneurismas coronarios. Convalecencia, asintomáticos analítica normal y presencia de aneurismas y/o síntomas de IAM. Tratamiento: IG intravenosas y AAS según en la fase y afectación clínica que presente. Debemos tener claro los signos y síntomas alarma para un diagnóstico precoz con el fin de evitar complicaciones cardíacas graves asociadas a esta enfermedad.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-458

CASO INFANTIL DE FIEBRE Y DISTENSIÓN ABDOMINAL

AB Hidalgo Pérez, C Cara Ligerio, MI Fernández Madueño,
E Granados Laguna, CS Rodríguez Ortega, C Rojas Navas
Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín de Linares. Jaén

A-466

PELIGRO: ELECTRICIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO EN PEDIATRÍA

MJ Polo Sánchez, C Verges Pernia, O Baena Fernández
Hospital Universitario de Getafe. Madrid

A-472

UN EJEMPLO DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

I Redondo Santana, JM Krivocheya Montero, M Jimena García,
M Galera Martínez, BI Corbi Pino, AT Fernández-Llebrez Castaño
Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

A-481

COLANGITIS ASOCIADA A ATRESIA DE VÍAS BILIARES. A PROPÓSITO DE UN CASO

JM Krivocheya Montero, D Santamaría Amat, M Jimena García,
E Rebollo Sánchez, MC Guerrero Muñoz, MJ Ferre Martínez
Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

A-483

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO DE LA GEA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

L Díaz Vidal, Y Aranda García, M Sánchez Pérez, R Penedo Alonso,
MJ Estevez Rueda
Hospital Universitario Ramon y Cajal. Madrid

A-488

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ML Morales Cevitanes, M Jiménez Parras, A Varo Porras,
M Pérez Peinado, E Rosell Vergara, E Caro Vázquez
UGC Urgencias. H.C.U. Virgen de la Victoria. Málaga

A-489

MALFORMACIONES CONGÉNITAS, CAUSA DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

C Crespo Palau, C Carpintero Costa, S Medina Huarcaya,
L Lozano Olmo, B Alonso Guerra, JA Escorcía Chafer
Servicio de Urgencias. Hospital Lleuger Antoni Gimbernà de Cambrils. Tarragona

A-492

CASO CLÍNICO: HERNIA DE MORGAGNI

FI Téllez Joya, CM Oliva Moreno
Urgencias. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

A-495

ESTATUS CONVULSIVO EN LACTANTE

S Moreno García (1), IE Ferrero Fernández (2), Y García González (3),
P González-Quirós Fernández (3), S Sánchez Menéndez (3),
Z Vázquez Álvarez (3)
(1) Hospital Materno-Infantil Jerez de la Frontera. Cádiz. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias. (3) Hospital del Oriente de Asturias

A-496

ECTOPIA RENAL CRUZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

IJ Cuadrado Blanco (1), M Fuentes De Frutos (1), P Costa Alba (1),
A Gómez Prieto (2), D García Moreno (1), MJ Custodio García (1)
(1) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2) Gerencia de Emergencias Castilla y León



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-503

EL ENGAÑO DE UNA ISQUEMIA CRÍTICA AGUDA

L Sánchez Suárez, MA Juan Gómez, C Francés Gassó, D Castelló García, M Ferrando Lluch, ML López Grima

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

A-513

DOLOR TORÁCICO “TÍPICO” EN PEDIATRÍA

C Moreno Castellón (1), FJ Reventoz Martínez (2), JV Ferrer Espona (1), T Real Llovera (1), R Ramírez Molinero (1), C Greoles Valls (1)

(1) Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de Lleida. (2) Centre d'Atenció Primària de Balaguer. Consultori d'Àger. Lleida

A-515

CAÍDA DE UNA LITERA. TRAUMATISMO CRANEAL PEDIÁTRICO

FJ Reventoz Martínez (1), JV Espona Ferrer (2), T Real Llovera (2), R Ramírez Molinero (2), C Greoles Valls (2), C Moreno Castellón (2)

(1) Centre d'Atenció Primària de Balaguer. Consultori d'Àger. Lleida. (2) Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP), Lleida

A-519

EL VALOR DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A Marí López, O Yuguero Torres, A Moreno Pena, C Llobet Pina, A López Fernández, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

A-522

SÍNDROME PANDAS

P Molinez Moreno, S Alconchel Gracia, P Arribas Arribas, E Ruiz Ortiz, V Morales Monsalve, L Lapuerta Irigoyen, S Ortiz Mediavilla

Hospital Santa Bárbara. Soria

A-534

TUMORACIÓN MAMARIA DE ORIGEN INFRECIENTE

AC Cabistany Esqué (1), C Buisac Ramón (2), MA Javierre Loris (1), B Casado Ramón (1), A Giménez Valverde (1), V Estabén Boldova (1), J Martínez Medel (3)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (2) Centro de Salud de Zuera. Zaragoza. (3) Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

A-539

ESTADO CREPUSCULAR: DEBUT POCO FRECUENTE DE UNA CRISIS PARCIAL COMPLEJA

M Rizo Hoyos, P Del Pino Valverde, P Castillo Jiménez, MJ Morales Acedo, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

A-548

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ODINOFAGIA

JJ Tomás Muñoz, MC Cintado Sillero, R Martos Guardado

Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga

A-552

ALTERNATIVAS AL MANEJO DE UN PACIENTE CON DERRAME PLEURAL CRÓNICO MASIVO CON REFRECUENTACIÓN EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MA Romero Cebrián (1), A Navarro Carrillo (1), MT Bartolomé Navarro (2), MR Plaza Blázquez (1), M Martínez-Moratalla (3), E Hurtado Valls (4), P Navarro Carrillo (5)

(1) Hospital General de Villarrobledo. Albacete. (2) Hospital General de Albacete. (3) Hospital General de Almansa. Albacete. (4) Centro de Salud de Campo Real. Madrid. (5) Centro de Salud de Rascafría. Madrid

A-553

¿MI HIJO ES ESQUIZOFRÉNICO O SON LOS PORROS?

B Benito Ruiz (1), JJ Eito Cuello (1), E Benito Ruiz (2), JA Magallón Puy (1), B Toribio Velamazán (1), M Griabal García (1), C Lorient Martínez (1)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca. (2) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

A-563

DOCTORA, EL MEDICAMENTO NO ME HACE EFECTO

L Gómez Zafra (1), N Orozco Casado (2), D Terrón Fuentes (1)

(1) C. S. San Felipe. Jaén. (2) C. S. Federico del Castillo. Jaén

A-568

EL QUE BUSCA ENCUENTRA... LO QUE A VECES NO SE ESPERA

P Rodríguez Cortés, M Aguilera García, E Roy Vallejo,
E González Bartol, JM Aguilar Mulet, C Del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-589

MASTOIDITIS COALESCENTE AGUDA EN VARÓN DE 4 AÑOS

V Siles Jiménez, MJ García Miranda, P Barbero Barbero, IE Gutiérrez
Gosálvez, AM Chuchon Alva, L Hernández Limon

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-598

TORTÍCOLIS CONGÉNITA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

B Arza Varo, V Martínez Prieto, R Mejías Calderón, J Mikic,
M Romero González

ASBG HAR Écija

A-601

URGENCIA PROGRAMADA

FA Guirao Salinas (1), MA García Chicano (1), P Pérez Martínez (2),
IC Sánchez López (1), EM Fernández Quijada (1),
L Strobosch Conesa (3), M Castán Lagrava (4)

(1) C. S. Vistalegre-La Flota/Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) C. S. Murcia Centro. (3) Hospital Morales Meseguer. Murcia (4) C. S. Alcantarilla-Sangonera. Murcia

P-662

CENTRAL DE COORDINACIÓN PRIMERA ASISTENCIA
DE LOS SEM CON RCPTM Capdevila Olivas, X Castillo Paramio, A López López,
M Rubio Morón, C Valdés De Fez, J Marimon Cortés

Sistema Emergencias Médicas Cataluña

PALABRAS CLAVE: parada cardiorrespiratoria-central de coordinación-emergencia

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

El día 11 de Noviembre del 2016 a las 11:01:35 se recibe llamada vía 112 de alertante accidental por persona herida en espacio público inconsciente que no respira y que ha caído dentro del baño de un bar. La alertante refiere que el afectado ha ido al lavabo y que al ver que tardaba se ha acercado y se lo ha encontrado en el suelo, alertante no conoce al afectado. A las 11:02:38 se activa el primer recurso Soporte Vital Avanzado con Enfermería (SVAe). Desde CECOS y durante la consultoría telefónica se detecta paciente en Parada Cardiorrespiratoria (PCR) y se inicia RCPT. La combinación de falta de respuesta y de respiración anormal o ausencia de ésta, hace que se active el protocolo para la actuación ante la supuesta ACR. Simultáneamente, a las 11:08:21 se activa Soporte Vital Avanzado Medicalizado (SVAm). La primera unidad llega al lugar a las 11:09:36 En ese momento el SVAe continua con la RCP iniciada por vía telefónica. El SVAm llega al lugar a las 11:18:37 A las 11:29:10 se inicia protocolo de Donante en Asistolia (código 3.03) haciendo prealerta telefónica al Hospital Clínico Provincial de Barcelona.

CONCLUSIONES:

La RCP telefónica hace posible que el alertante que se encuentra en el lugar del incidente reciba instrucciones de maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar mientras llegan los equipos de emergencias al lugar del suceso. Hasta la llegada del primer recurso asignado al lugar del incidente los encargados de dar las recomendaciones necesarias para dar RCPT son los profesionales de CECOS. Se crea la necesidad de realizar cursos de formación a todo el personal de CECOS en RCPT para así poder conseguir una RCPT de alta calidad. El operador telefónico de emergencias médicas juega un papel importante en el diagnóstico precoz de la parada cardíaca, la realización de RCPT, y la localización y disponibilidad de un DEA.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-689

HABLANDO DE LA MEDICACIÓN EN LA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA (SIR). A PROPÓSITO DE UN CASO

P Méndez Arroyo (1), AM García-Ochoa Del Olmo (2),
MM San Emeterio Barragán (3), AR González Santamaría (1),
AM Díaz Valdés (4), GI Valdés Martín (5)

(1) 061 Cantabria. (2) SUAP Polientes. Cantabria. (3) SUAP Astillero. Cantabria.
(4) SCS. Cantabria. (5) SCS

PALABRAS CLAVE: intubación-relajantes-variabilidad

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 46 años con antecedentes de Leucemia Mieloide Crónica, hernia de hiato, consumidor habitual de cannabis, speed, fumador y bebedor muy severo (con alteración en la pruebas de función hepática). Presenta disnea intensa en domicilio, a la llegada del equipo de (soporte vital avanzado) SVA se encuentra en parada cardio-respiratoria, ritmo inicial disociación electromecánica. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP), recuperando pulso a los 20 minutos. A pesar de dosis altas de hipnóticos (Midazolam 30 mg endovenoso (ev), relajantes (Succinilcolina 100 mg ev + Rocuronio 100 mg ev) persisten movimientos respiratorios. En el hospital se objetiva hipotensión (Tensión arterial media 40 mmHg), rachas de taquicardia ventricular (TV) que ceden con amiodarona y cambios del electrocardiograma (ECG) compatibles con lesión severa de tronco común. En analítica destaca una acidosis severa (pH 6.7), CPK alta (2980 U/l) CK- MB alta (>300 U/l) y Troponina I elevada (6179 pg/mL). Finalmente, el paciente fallece en la sala de hemodinámica.

CONCLUSIONES:

El paciente presentó gran resistencia a la relajación muscular. La secuencia de intubación rápida (SIR) implica el uso de al menos un hipnótico y un bloqueante neuromuscular. Se usaron Midazolam + Succinilcolina/Rocuronio. El Rocuronio presenta vía de eliminación fundamentalmente hepática. Una vez descartada la extravasación de la vía periférica y la rotura de cadena de frío, debemos saber que hay estudios que describen la resistencia de Rocuronio en pacientes con hepatopatía aumentando significativamente el tiempo de inicio de acción y prolongando su duración debido al aumento del volumen de distribución por expansión del compartimento de líquido extracelular. La acidosis también disminuye la acción de los bloqueantes neuromusculares. Según las guías clínicas, si tenemos posibilidad de conocer los antecedentes personales del paciente, en este caso, el uso de etomidato/propofol asociado a cisatracacurio hubiera sido la combinación que menos variabilidad presenta en relación a su patología de base. Por otro lado, en pacientes en lo que no se consigue una relajación neuromuscular adecuada, es prioritario la sedación profunda, aumentando la dosis del hipnótico o asociando hipnóticos para evitar efectos secundarios.

P-700

SÍNDROME QT LARGO ADQUIRIDO. TORSADE DE POINTES

M Tainta Laspalas (1), P Carrera Martín (1), N Martín Campos (2),
P Maravi Artieda (1), A Echarri Sucunza (1)

(1) Servicio Urgencias Extrahospitalarias Navarra. (2) Urgencias. Complejo Hospitalario Navarra

PALABRAS CLAVE: long QT syndrome-torsade de pointes-heart arrest

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 45 años con Antecedentes personales de Esquizofrenia paranoide, trastorno de la conducta alimentaria con vómitos autoinducidos y potomanía, Vólvulo de ciego tratado con hemicolectomía y posterior oclusión intestinal con episodios diarreicos tras IQ de brida. En tratamiento con: Valdoxan 25mg, Seroquel 200mg, Elonril 150mg, Etumina 40mg, Omeprazol 20mg, Rivotril 0.5mg, Rivotril 2mg En este contexto, presenta episodio de pérdida de conocimiento, previa sensación de mareo, objetivándose ausencia de pulso por lo que comienzan con maniobras de RCP básicas. A la llegada de equipo médico de UVI-movil, paciente consciente y orientada. Asintomática. De nuevo, episodio de pérdida de conocimiento, objetivando TV polimorfa que revierte espontáneamente sin necesidad de desfibrilación. Se traslada a urgencias con perfusión de amiodarona, sin incidencias. En ECG, destaca el QTc muy rpolongado, con EV polimorfa frecuente, rachas de TV bidireccional, y que degenera en TdP y finalmente en FV. En urgencias se objetiva en analítica sanguínea hipopotasemia (1.4mmol/L), Hiponatremia (130 mmol/L). Además en ECG basal destaca QTc muy prolongado (647mseg), con alteración difusas de la repolarización. Durante el ingreso en cardiología se corrigen las posibles causas de la prolongación de intervalo QT. Por un lado se suspende la medicación antipsicótica y por otro lado realiza reposición del trastorno hidroelectrolítico mediante suplementos de magnesio y potasio. Con dichas medidas se observa una progresiva normalización del intervalo QT. Desde el punto de vista arrítmico se mantiene estable, sin repetir nuevos episodios arrítmicos.

CONCLUSIONES:

El síndrome de QT, es un conjunto de enfermedades hereditarias o adquiridas que predispone a la aparición de un tipo muy característico de taquicardia ventricular, denominada Torsade de Pointes o helicoidal. Entre las causas adquiridas, cabe destacar alteraciones hidroelectrolíticas (hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia), fármacos (antiarrítmicos, macrólidos, antihistamínicos, antifúngicos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos y procinéticos), interacción medicamentosa, periodos largos de ayuno o dietas líquidas proteicas y sexo femenino Clínicamente provoca síncope de repetición o incluso muerte súbita. La medición sistemática del intervalo QT para su detección precoz en tratamiento con medicación que lo alarga podría ser recomendable, al igual que en las alteraciones electrolíticas. El simple hecho de reconocerlo y actuar en consecuencia puede prevenir graves consecuencias.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-712

SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA CEREBRAL POST ACCIDENTE LABORAL

JA Escorcia Cháfer, A Pérez López, G Clarasó Ruifernández,
I Lucas Guarque, A López Gomariz

Servei d'Emergències Mèdiques de la Generalitat de Catalunya

PALABRAS CLAVE: embolia grasa-síndrome de aplastamiento-fracturas óseas**ÁMBITO DEL CASO:**

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 30 años que ha quedado atrapado debajo de una rampa de 300 kg en la empresa donde trabaja. A la llegada de SVA, el paciente presenta fractura abierta a nivel tibial derecha y cerrada a nivel de fémur proximal izquierdo, con preservación vascular y nerviosa. Tras la exploración no se objetivan otras lesiones aparentes, estado neurológico conservado. Se inmoviliza de forma reglada, traccionando y reduciendo fracturas de ambas EEII bajo sedo-analgésia. A su llegada al hospital se practican pruebas de imagen (Rx-TAC) que confirman fractura marginal- anterior de L1 y L2, fractura tercio-distal de tibia y peroné abierta G IIIB y fractura tercio-proximal de fémur, por lo que se traslada al paciente a quirófano, donde se realiza fijación externa de EID y tracción transesquelética de tibia izquierda, presentando en el postoperatorio inmediato clínica de broncoespasmo y edema de glotis que se resuelve. Posteriormente es trasladado a planta donde presenta deterioro neurológico (Glasgow 4) que requiere IOT y conexión a ventilación mecánica. Se realiza nuevo TAC craneal que descarta patología orgánica, siendo trasladado a UCI. Presenta convulsiones tónico-clónicas que requieren tratamiento, se objetivan petequias a nivel de hemitórax izquierdo y zona derecha del cuello y fondo de ojo que confirma múltiples infartos bilaterales de predominio derecho que sugieren embolismos grasos, por lo que se traslada a hospital de 3r nivel para realización de EEG y descartar estatus epiléptico. Se realiza RMN que informa de lesiones isquémicas recientes sobre todo supratentoriales, por embolismo graso cerebral, y TAC craneal que identifica múltiples focos de hipodensidad parenquimatosas y periventricular izquierdas, cortical-frontal izquierda, tálamo y caudado derechos, sugestivas de lesiones isquémicas subagudas, no visualizadas en estudios previos. Al ingresar en semicríticos, presenta una afasia global y síndrome piramidal, siendo pronóstico desfavorable a nivel funcional. Es valorado por el servicio de rehabilitación y de neurología, donde se determina alteración cognitiva y funcional grave, que requiere un manejo específico en un centro de neurorrehabilitación.

CONCLUSIONES:

En el paciente politraumatizado con fracturas abiertas cabe tener en cuenta la embolia grasa, con afectación principal pulmonar, leve neurológica, ocular y dermatológica. Este caso confirma la excepción con graves secuelas neurológicas y funcionales.

P-729

TORMENTA ELÉCTRICA. ¿QUÉ HACER? MÁS ALLÁ DE LAS GUÍAS ERC

MJ Luque Hernández, A Bracero Jiménez, A de Vierna Grosso,
JM Gómez Gómez, V Mestanza Ávila, C Gutiérrez García,
A Bocanegra Pérez

Servicio Provincial Málaga EPES 061

PALABRAS CLAVE: cardiac arrest-ventricular fibrillation-double sequential defibrillation**ÁMBITO DEL CASO:**

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 54 años, sin antecedentes, que llama a las 22:04h a los servicios de emergencia, desde zona residencial alejada, por dolor centrotorácico opresivo severo asociado a sudoración profusa desde hace 30 minutos. Se envía desde el centro coordinador, Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) cercano y simultáneamente UVI Móvil 061. La familia avisa de nuevo por desvanecimiento a las 22:07. DCCU la atiende a las 22:10 en fibrilación ventricular (FV), una desfibrilación. A nuestra llegada, continua en FV, realizamos maniobras de SVA según ERC, sin ningún cambio de ritmo. Tras la séptima descarga, viendo agotamiento progresivo de la FV, se decide uso de una doble desfibrilación secuencial, con dos monitores bifásicos, parches paralelos en plano paraesternal derecho y apical. Carga simultánea. Desfibrilación de monitor1 e inmediatamente tras descarga, desfibrilación monitor2. Pasa a ritmo sinusal a 87 lpm. Continúa sin pulso. Se maneja como actividad eléctrica sin pulso (AESP). Palpación de pulso carotídeo dudosa, continuamos con masaje cardíaco. A las 23:11h, se palpa pulso carotídeo filiforme, y se inicia tratamiento con noradrenalina. ECG compatible con BRD + IAM anteroseptal extenso. Activamos laboratorio de hemodinámica, donde ingresa con RS a 82lpm, tensión arterial 112/78 mmHg, saturación oxígeno 97%. Hemodinámica: Oclusión trombótica de DA proximal. Quince días postparada cardíaca, deambula de forma independiente, asintomática, sin secuelas neurológicas. Síndrome antifosfolípido. El equipo de emergencias, la visita en la planta de cardiología.

CONCLUSIONES:

Se considera FV refractaria, aquella que no revierte tras cinco choques bifásicos. En pacientes, en los que a pesar de un SVA de calidad, con seguimiento de recomendaciones internacionales, no existe respuesta a la desfibrilación estándar, pueden contemplarse la toma de medidas excepcionales. La doble desfibrilación secuencial ha sido poco estudiada, aunque se han publicado varias series de casos en los dos últimos años, que apuntan a su utilidad. Además, se echó en falta la posibilidad de comprobación de pulso con imagen ecocardiográfica portátil, puesto que un shock cardiogénico profundo puede originar una falsa AESP. Un equipo de emergencias, con amplia experiencia en SVA, debe conocer técnicas con posibilidad de uso más allá de las recomendaciones internacionales oficiales.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-734

ESPASMOS DE MUERTE

Y Béjar Álvarez, JC García Martos, MA López López,
A Martín-Sonseca, B Martínez Villena, C Briega, V Heras

SUMMA 112. Madrid

PALABRAS CLAVE: emergencia-reanimación-cardiología

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 52 años sin antecedentes relevantes y fumador como factor de riesgo cardiovascular que presenta pérdida de consciencia sin prodromos en su centro de trabajo, objetivándose ausencia de signos vitales e iniciándose medidas de soporte vital básico por compañeros no sanitarios durante 20 minutos. A la llegada del SUMMA112 objetiva Fibrilación Ventricular iniciándose Reanimación cardiopulmonar avanzada (Intubación endotraqueal, 5 desfibrilaciones, 6mg de adrenalina, amiodarona 300mg y 1.5mg de sulfato de magnesio) durante 15 minutos más (Tiempo total de parada 35 minutos). Recupera pulso con Electrocardiograma en ritmo sinusal con elevación del segmento ST en II, III y aVF. Se traslada directamente a sala de hemodinámica donde se realiza coronariografía en la que no se objetivan lesiones coronarias significativas, presentando en ventriculografía una disfunción leve con hipoquinesia global, planteando como diagnóstico más probable la parada cardíaca el vasoespasmismo coronario. Durante su estancia en UCI/ Cardiología el paciente permanece estable clínica y hemodinámica, bajo protocolo de hipotermia moderada (32-34°C) sin presentar nuevos episodios de dolor torácico ni otros eventos cardiovasculares. No alteraciones hidroelectrolíticas y exploraciones de funcionalidad cardíaca (Ecocardiograma) sin alteraciones de la contractilidad y con volúmenes conservados. Neurologicamente, tras retirada sedación, inicialmente, permanece con Glasgow de 3/5 con mioclonías en las cuatro extremidades y pupilas midriáticas y reactivas, precisando monitorización con electroencefalograma 24 horas con mejoría espontánea del nivel de consciencia y tras la extubación presenta Glasgow de 15/15 con amnesia del suceso y sin focalidad neurológica. Dada la estabilidad del paciente y la buena evolución, se inicia tratamiento médico con nitratos y calcioantagonistas, así como estatinas como prevención primaria y la implantación de desfibrilador monocameral en hospital de referencia como prevención secundaria, siendo dado de alta 21 días después del ingreso.

CONCLUSIONES:

El vasoespasmismo coronario es una entidad clínica caracterizada por episodios de angina de pecho habitualmente en reposo en asociación a elevación del segmento ST en el EKG. En la coronariografía no suelen detectarse lesiones angiográficamente significativas. El vasoespasmismo puede ser provocado por múltiples desencadenantes como catecolaminas, drogas, alergias... La inmediatez en las maniobras de reanimación cardiopulmonar y la aplicación de hipotermia inducida evitan secuelas neurológicas derivadas de la Hipoxia.

P-752

TRIAJE Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN ACCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN AUTOVÍA EN A-IV

EM González Sánchez, V Megía Sánchez, A Pacheco Rodríguez,
AI Fernández Infante Garzás, LA Ambrosio Carrasco,
MJ Bennici Gámez

Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

PALABRAS CLAVE: accidente con múltiples víctimas-triaje-atención de emergencia prehospitalaria

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Comentamos la asistencia a un accidente de tráfico en la autovía A-4 por una UVI Móvil. Durante la atención a los heridos ocurrió un choque en cadena de los vehículos que estaban siendo retenidos, produciendo un IMV (Incidente de Múltiples Víctimas). Entre las víctimas se encontraban dos muertos, seis heridos graves (dos de ellos necesitaron extracción prolongada) y hasta veinte heridos menos graves y leves. Se movilizaron dos UVIs Móviles, una UVI de Enfermería, tres helicópteros, el equipo de Atención Primaria y varias ambulancias convencionales.

CONCLUSIONES:

Se describe el método de triaje empleado y la asistencia sanitaria proporcionada a las víctimas. Se hace hincapié en la importancia de la coordinación entre los distintos sistemas de emergencias: Bomberos, Atención Primaria, Guardia Civil, Helicópteros Sanitarios INAER, Cruz Roja y Protección Civil, coordinados por la GUETS (Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario de Castilla la Mancha).



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-758

¿URGENCIA CONFUSIONAL? LA NEUROTOXICIDAD INDUCIDA POR OPIOIDES

A Estrada Suela, R Perales Muñoz, D Padrón Guillén,
D Redondo Domínguez, M Peiró-Camaró Adan, M Perea Casado,
C de Miguel

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: opioide-delirium-neurotoxicidad

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 66 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, exfumador importante, carcinoma pulmonar escamoso in situ resecado, carcinoma urotelial de alto grado tratado con quimioterapia y radioterapia concomitante, sin evidenciarse recidiva en remisiones posteriores. En sucesivos controles, se objetivó lesión probablemente tumoral frontal de 2cm que fue resecada, así como imagen en resonancia magnética lumbar con captación a nivel meníngeo, motivo por el cual ingresó recientemente con sospecha de carcinomatosis meníngea. Durante la estancia hospitalaria, se realizó manejo del dolor con morfina y radioterapia lumbar. Por otra parte, presentó cuadro febril en relación con osteomielitis del colgajo óseo y empiema, que fue tratada con antibioterapia intravenosa. Al alta, el paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista del dolor con morfina 100mg en dosis diaria total. Tras dos días en su domicilio, la familia solicita valoración urgente por haber presentado agitación nocturna, agresividad y desorientación. A nuestra llegada, el paciente presenta constantes normales, con exploración física en la que destaca la presencia de mioclonías en miembros superiores, así como inatención y bradipsiquia. Al interrogar al paciente, refiere haber presentado alucinaciones visuales, auditivas y táctiles desde que fue dado de alta. Dada la anamnesis y la exploración, el cuadro es compatible con síndrome confusional secundario a neurotoxicidad inducida por opioides. Se procede a realizar disminución progresiva de dosis de morfina, así como dejar haloperidol pautado y sueroterapia por porta-cath con abundante ingesta hídrica. Tras esto, el paciente experimenta mejoría progresiva en días posteriores.

CONCLUSIONES:

En todos los pacientes en tratamiento con opioides, se debe monitorizar la presencia de signos y/o síntomas de neurotoxicidad inducida por opioides: delirium, alteración cognitiva, alteraciones de la percepción, hiperalgesia, alodinia y/o mioclonías. La incorporación de esta práctica clínica de forma habitual podría evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

P-759

SHOCK CARDIOGÉNICO. USO DE VÍA INTRAÓSEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E Palacín Prieto (1), I Martínez Díaz (2), M Rodríguez Márquez (3),
J Ramos González (3), I Martínez Díaz (4)

(1) Centro de Salud San Antón. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud La Unión. Cartagena, Murcia. (3) Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Cartagena, Murcia. (4) Servicio de Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia

PALABRAS CLAVE: intraósea-shock-infarto agudo

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 59 años, con Diabetes Mellitus en tratamiento con anti-diabéticos orales. Residencia en la periferia de la ciudad. Avisan al Servicio de 112 por episodio de síncope. A su llegada al domicilio, encuentran a la paciente obnubilada, con clínica de cortejo vegetativo, sudoración, frialdad, palidez mucocutánea y dolor torácico opresivo. A la exploración inicial consta glucemia 531, tensión arterial (TA) indetectable, y electrocardiograma (ECG) fibrilación auricular de novo, a 50 latidos por minuto (lpm), con ascenso de ST en V1-V2. Se intenta canalizar vía venosa periférica en 4 ocasiones sin éxito, debido a la hipoperfusión distal que presentaba. Ante la distancia de acceso, y empeoramiento clínico progresivo, se decide usar kit de vía intraósea, que resultó efectivo, comenzando así a expandir volumen con suero fisiológico, junto con 300 mg de amiodarona, y Ventimask, estabilizándose parcialmente y comenzando el traslado a Urgencias Hospitalarias. Durante el traslado, persiste TA indetectable. Presenta en 2 ocasiones bradicardia extrema de 20 lpm que mejoró con la administración de 2 ampollas de adrenalina y revirtiendo a ritmo sinusal. Ya en Urgencias, persiste estado de obnubilación, TA indetectable, cianosis en esclavina, ECG con ascenso de ST en I, aVR y V1- V5. Gasometría venosa pH 6.97, pCO2 66, HCO3 15, Lactato indetectable. Se administran 7000 unidades de Tenecteplase ante la sospecha de infarto agudo de miocardio. Continúa inestable hemodinámicamente. Se canaliza vía central femoral, continuando con fluidoterapia y bicarbonato. Precisa administración de 3 ampollas de atropina y maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzadas por persistencia de bradicardia extrema, procediendo a intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Ingresos en planta de UCI donde presenta episodio de parada cardiopulmonar siendo exitus por asistolia tras 30 minutos de RCP avanzadas.

CONCLUSIONES:

La canalización de vía intraósea puede ser determinante en cuadros de shock hipovolémico, inestabilidad hemodinámica, en las que no se pueda canalizar vía venosa periférica, comenzando así tratamiento o estabilizando al paciente en caso urgencias extrahospitalarias de las que no se dispongan de medios para el abordaje de este tipo de patologías. Es de importante magnitud el conocimiento, tanto por parte del equipo médico como el enfermero, de dicha técnica.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-771

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTE
CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA

I Calero del Arco, C Moreno Herrero, J Pareja Roiloa

Cruz Roja Córdoba

PALABRAS CLAVE: miocardiopatía-quimioterapia-seminoma

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 35 años que sufre desvanecimiento mientras estaba en una caseta de la Feria de Córdoba. Sus amigos avisaron a los servicios de emergencia refiriendo síntomas de intoxicación etílica por lo que activaron al dispositivo de Cruz Roja Córdoba que se encontraba en el lugar y se envió ambulancia tipo B con dotación al lugar del suceso. A la llegada del personal el paciente estaba inconsciente y sin respiración por lo que se comenzó con las maniobras de reanimación cardiopulmonar realizándose 4 desfibrilaciones con DESA. Inmediatamente acudió el equipo avanzado de EPES061 y conjuntamente lograron que el paciente recuperase pulso y respiración pero seguía manteniendo Glasgow de 7 puntos por lo que se procedió a su intubación y al traslado a centro hospitalario donde ingresó en UCI. Tras estudiar los registros DESA se demostró que la arritmia del paciente había sido una taquicardia ventricular. En la ecocardiografía realizada se objetivó miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular severa. Entre los antecedentes personales del paciente destacaba un cáncer testicular el año previo al episodio tratado con quimioterapia por lo que se relacionó la toxicidad cardiaca de la quimioterapia con la taquicardia ventricular. Tras 48 horas de ingreso en UCI el paciente falleció.

CONCLUSIONES:

La cardiotoxicidad es un efecto adverso conocido de la quimioterapia. Este efecto puede manifestarse de diversas maneras que van desde una elevación transitoria de la tensión arterial, bradicardia, hipotensión o arritmias, hasta una insuficiencia cardiaca no reversible. Así como los quimioterapéuticos han dado lugar a un aumento en la esperanza de vida de muchos pacientes, las comorbilidades relacionadas con el tratamiento se han convertido en un problema para los sobrevivientes de cáncer a largo plazo. La cardiotoxicidad es uno de los más temidos efectos secundarios de estos agentes. Los mecanismos por los que se producen son muy diversos y no siempre similares a su efecto citotóxico. Ya existe una guía de práctica internacional para el monitoreo y prevención, la cual se debe en la medida cumplir estrictamente.

A-692

IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

V Ríos Del Yerro (1), C Pérez Ramírez (1), A Saldarreaga Marín (2), G Recatero Rude (3), I Moreno Montero (4), N Moreno Ferrer (5)

(1) S.U.E. 061. (2) DCCU Provincia de Cádiz. (3) Clínica Buchinger. Marbella. (4) Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real. (5) Quirón Málaga

A-731

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CUADRO CLÍNICO
POTENCIALMENTE FATAL

A Pérez Zapata (1), FJ Rosa Rubio (2), S Melero Cabezas (3), SR García de León Chocano (1)

(1) S.E.S Comunidad Valenciana. (2) Hospital Clínico de Valencia. (3) Centro de Salud de Xirivella. Valencia

A-743

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EXTRAHOSPITALARIO

J Pérez Hopkins (1), M Picans Saurino (2)

(1) C. S. Villaviciosa. Madrid. (2) Hospital Fundación Alcorcón. Madrid

A-755

DOCTORA, ME HE PUESTO COMO UN CANGREJO Y CADA VEZ ME
ENCUENTRO PEOR

V Terán Díez (1), CM Guerra García (2), M Terán Díez (3), R Vayas Abascal (4), L Carrera Romero (5), S Jiménez Perales (6)

(1) EAP Mataporquera. Cantabria. SCS. (2) SEM-061 Cantabria. (3) C. S. Montesa. Madrid. SERMAS. (4) EAP Coto I. Cantabria. SCS. (5) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. SCS. (6) SUAP Selaya. Cantabria. SCS

A-760

INTOXICACIÓN OPIOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E Palacín Prieto (1), P Martínez Díaz (2), M Rodríguez Márquez (3), J Ramos González (3), I Martínez Díaz (4)

(1) Centro de Salud San Antón. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud La Unión. Cartagena, Murcia. (3) Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Cartagena, Murcia. (4) Servicio de Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-778

INSUFICIENCIA CARDIACA: CASO CLÍNICO ATENDIDO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

VC Alonso del Rivero Hernández, MN Fernández Díaz,
L López Menéndez, P Fernández Fernández, B Alba González

Hospital Universitario Central de Asturias

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca-urgencias médicas-tratamiento de urgencia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 83 años, consulta por disnea. HTA. Estenosis aórtica severa. Portadora de marcapaso. Ecocardiografía junio 2016 (insuficiencia leve central sin estenosis, insuficiencia mitral leve, insuficiencia tricúspide moderada-severa). Insuficiencia renal crónica. Múltiples ingresos por ICC. Medicación: AAS 100, Irbesartán 300, Furosemida 40, Omeprazol 20, Amiodarona 200, Escitalopram 10. Refiere aumento progresivo de disnea de mínimos esfuerzos y ocasionalmente de reposo. Niega tos o expectoración. No dolor torácico. Ortopnea 2 almohadas. No fiebre ni clínica infecciosa. Aumento de perímetro abdominal, edemas faciales, no edemas en miembros inferiores, oliguria. Consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada, taquipnea. Afebril. AC: RsCsRs a 60 ppm. AP: Discretos crepitantes en base. Abdomen: blando, depresible, levemente doloroso a la palpación de forma difusa. Uso de musculatura abdominal accesoria. No edemas en MMII, signos de IVC sin signos de TVP. SpO2 basal 88% Pruebas complementarias: - Bioquímica: Glucosa 115 mg/dl, Creatinina 0,95 mg/dl, Sodio 139 mmol/L, Potasio 4,1 mmol/L. NTproBNP 2,807 pg/ml. - GAB- pH 7,49, paO2 56, paCO2 33, Bicarbonato 26,1 mmol/L - Electrocardiograma: Ritmo de marcapaso. - Rx tórax: Cardiomegalia. Signos de RDV. Derrame pleural derecho. Inicio tratamiento agudo con oxígeno y diurético intravenoso. La medicación de base continua igual, salvo dosis ARA II (Irbesartán) 300, que se disminuye a ½ comprimido c/24h. Control líquidos y diuresis. Diagnóstico principal: Insuficiencia cardiaca aguda con derrame pleural derecho e Insuficiencia Respiratoria. Una vez estabilizada la paciente se traslada a la unidad de larga estancia de urgencias, tras siete horas de estancia es valorada por geriatría que decide ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Monte Naranco, donde permanece durante 8 días.

CONCLUSIONES:

Tras mejoría sintomática progresiva. Eupneica en reposo, PA- 135/56 mmHg, Sat O2 98%. GAB: pH 7,45, paO2 72 mmHg, paCO2 40 mmHg. NTproBNP: 600 pg/ml. Ausencia de signos radiológicos de IC. Es dada de alta con tratamiento con furosemida 40, vía oral 2-1-0, luego 2-0-0, 5 días más. Posteriormente 1/24h. Resto de tratamiento igual. Dieta sin sal y control del peso diario. Control evolutivo por su médico de cabecera. Este caso es un ejemplo de que un inicio de tratamiento inmediato en urgencias y un ingreso en unidades de agudos de geriatría, es lo más eficaz a la hora de tratar a este tipo de pacientes.

P-782

ENCEFALOPATÍA PRES. A PROPÓSITO DE UN CASO

N Martínez-Quintanill Jódar, JM Krivocheyeva Montero,
OA Rivera García, D Santamaría Amat, C Olmo Azuaga,
L Rodríguez Del Prado

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: edema vasogénico-hepatitis autoinmune-RMN

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 52 años que consulta por presentar astenia y visión borrosa bilateral, acompañado de cefalea intensa con un episodio de vómitos. Tendencia al sueño ANTECEDENTES PERSONALES: Hepatitis autoinmune, osteoporosis secundaria a corticoides, lumbalgia mecánica, parálisis facial periférica, neumonía biapical en Febrero de 2016, intervenida quirúrgicamente de apendicitis y ligadura de trompas. EXPLORACIÓN FÍSICA Constantes: TA 160/100, afebril, FC 89 Neurológico: Glasgow 15. Pupilas normales. Fondo de ojo sin papiledema, no rigidez nuchal. MOES conservados. Campimetría normal. Paresia facial con afectación orbicular y frontal. Resto de pares craneales normales. Tono y fuerza normal. ROT abolidos en MMII, débiles en MMSS. Marcha no explorada ACR: Rítmico sin soplos, MVC sin ruidos Resto de exploraciones anodina EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica: Bioquímica: AST 152, ALT 237, GGT 179, FA 169, ferritina 353, PCR 8,3, Hemograma: Leucocitos 22,09, neutrófilos 19,77 Coagulación sin alteraciones Rx de tórax: No derrames ni condensaciones, ICT normal Electrocardiograma: Ritmo sinusal, no trastornos de la repolarización ni del ritmo TAC craneal: Normal EVOLUCIÓN: Se ingresa a la paciente a cargo del Servicio de Neurología completando estudios: RMN: Afectación de la sustancia blanca occipital bilateral sugerente de edema vasogénico en posible relación con encefalopatía PRES Punción lumbar: Glucosa 32, proteínas 65,7, leucocitos 65, microbiología positiva para Ig G de EB AngioTAC: Normalidad de los troncos supraórticos y del polígono de Willis Durante su estancia en planta presenta cifras TA elevadas (por disfunción mineralcorticoide asociado a tratamiento corticoideo crónico por hepatitis autoinmune ? corroborado en analítica con aldosterona < 18 y actividad de renina plasmática 7,70-) que se consiguió controlar con cuádruple terapia. Se produce mejoría de los síntomas visuales y cefalea. Posterior alta con disminución progresiva del tratamiento antiHTA DIAGNÓSTICO: Síndrome de encefalopatía posterior reversible DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Debe realizarse con infartos cerebrales, edema agudo cortical en encefalopatía hipóxico-isquémica, síndrome de desmielinización osmótica, rombencefalitis y encefalopatía hepática.

CONCLUSIONES:

El síndrome PRES es una entidad infrecuente, descrito en 1996, asociado a múltiples causas, algunas de ellas las enfermedades autoinmunes e HTA causada en este caso por uso crónico de corticoides. Se debe al edema vasogénico. La prueba estándar para el diagnóstico es la RMN y los pilares del tratamiento son control de la PA, convulsiones y medidas antiedema.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-786

URGENCIA CORONARIA. COMUNICACIÓN INEFICAZ

P Méndez Arroyo (1), AM García-Ochoa Del Olmo (2),
MM San Emeterio Barragán (3), AR González Santamaría (1),
AM Díaz Valdés (4), GI Valdés Martín (4)

(1) 061 Cantabria. (2) SUAP Polientes. Cantabria. (3) SUAP Astillero. Cantabria.
(4) SCS Cantabria

PALABRAS CLAVE: urgencia-coronaria-comunicación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 71 años, con antecedentes de fibrilación auricular, antiagregado y síndrome depresivo, que acude a las urgencias por malestar epigástrico y ?flojera? en miembros inferiores (MMII). Valorado 7 días antes por episodio de mareo con dolor en extremidad superior izquierda acompañado de cortejo vegetativo. Exploración normal, a excepción de nistagmus horizontal. Troponina I de alta sensibilidad normal. Electrocardiograma (EKG) sin alteraciones. Dado de alta con diagnóstico (Dx) de vértigo periférico y cervicgia, con recomendación de ser controlado por su médico de atención primaria y vigilar signos de alarma. Tras 3 días asintomático comienza con clínica de malestar epigástrico y debilidad de MMII no acudiendo a urgencias hasta pasadas 48 horas. La exploración revela aumento de la presión venosa yugular. En la analítica la Troponina I de alta sensibilidad elevada. ECG y Ecocardiograma compatibles con infarto agudo de miocardio (IAM) evolucionado + rotura miocárdica contenida. Se le traslada en SVA (soporte vital avanzado) a unidad de coronarias con Debido a las complicaciones es sometido a cirugía vascular (ventriculotomía izquierda). Finalmente, el paciente fallece días después por complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIONES:

En general, los pacientes explican sus síntomas empleando palabras ambiguas, cuando no inexactas, que se contraponen a la precisión de la terminología usada por los sanitarios. En ambos casos se dificulta la comprensión del mensaje, y se crea un círculo vicioso de difícil corrección. En la actualidad, al diálogo con el paciente no se le dedica el tiempo necesario, sobre todo en los servicios de urgencias. En este caso podemos observar que ha fallado la comunicación ya que el paciente no ha sabido reconocer ni interpretar los síntomas de alarma según las recomendaciones médicas al alta y ha permanecido, al menos, dos días en su casa infartado. Una de nuestras mejores herramientas es la comunicación interpersonal con los pacientes y es de suma importancia dar mensajes claros y establecer el feedback con el paciente para asegurarnos de que la información transmitida y sobre todo, entendida. En urgencias un minuto de comunicación puede salvar una vida.

P-789

SE ME HA INFLAMADO EL ABDOMEN Y TENGO FIEBRE

CA Gavilán Casado (1), AB Romero Fernández (1),
Y Casillas Viera (2), MJ Domínguez García (1), E Tejero Sánchez (1)

(1) Unidad de Urgencias. Hospital Universitario Fuenlabrada. Madrid. (2) Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid

PALABRAS CLAVE: quiste hidatídico-fiebre-albendazol

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

HISTORIA CLÍNICA Mujer de 55 años, fumadora e hipertensa, que refiere desde hace 72h, dolor lumbar bilateral irradiado a epigastrio, distensión en hemiabdomen superior y fiebre de 38°C. **EXPLORACIÓN FÍSICA** Sobrepeso, leve hipotensión (100/70), febrícula (37,3°C), frecuencia cardiaca 101lpm, regular estado general. Abdomen: blando, considerable panículo adiposo, depresible, no megalias, puñopercusión y Murphy negativos, dolor en epigastrio donde se palpa zona empastada. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS RELEVANTES** **BIOQUÍMICA:** Bilirrubina Total 1.1 mg/dL, Gammaglutamil transferasa (GGT plasma) 78 U/L, Proteína C reactiva 32.45mg/dL **HEMOGRAMA:** Leucos 13.900 (80.8%N) **FORMULA MANUAL:** Cayados 2.0%, **SISTEMÁTICO DE ORINA:** Proteínas Indicios, Hb 0,03 mg/dL, Sedimento urinario: 10-20 Eritrocitos **TAC ABDOMINOPELVICO CON CONTRASTE:** Se observan dos imágenes quísticas polilobuladas septadas, una en lóbulo hepático derecho (LHD), diámetro 15cm con calcificación en uno de los septos, y otra en lóbulo hepático izquierdo (LHI) diámetro 11cm con pared engrosada, que sugiere quistes hidatídicos, el izquierdo sobreinfectado. **JUICIO CLÍNICO: QUISTE HIDATÍDICO SOBREINFECTADO EVOLUCIÓN** Se pauta en urgencias piperacilina-tazobactam, metronidazol y albendazol, con buena evolución a las 4 semanas. El TAC de control aprecia disminución del tamaño de la lesión LHI, pero informa que podría tratarse de un cistoadenoma sobreinfectado. Comentado con cirugía se programa extirpación con intención terapéutica y diagnóstica. La serología realizada fue negativa, lo que sucede en un 20% de los casos. Al no excluir la posibilidad de hidatidosis, se mantiene tratamiento con albendazol. El resultado de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quistes hidatídicos. Por alto riesgo de recidiva se decide tratamiento con albendazol durante 4 meses más.

CONCLUSIONES:

La hidatidosis es una zoonosis producida por un parásito, la larva del *Echinococcus granulosus*. La fase inicial de la infección es asintomática y con frecuencia de adquiere en la infancia, nuestra paciente recordó contacto con perros callejeros en su pueblo. El lóbulo derecho es el que más frecuentemente se afecta y las principales complicaciones son la rotura del quiste y la infección.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-790

DOCTORA, ME QUEDÉ PARALIZADO

CA Gavilán Casado (1), AB Romero Fernández (1),
Y Casillas Viera (2), MJ Domínguez García (1), E Tejero Sánchez (1)

(1) Unidad de Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

(2) Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid

PALABRAS CLAVE: sueño-parasomnias-parálisis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

HISTORIA CLÍNICA Varón de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por dos episodios aislados, al despertar, con conciencia absoluta de la situación, de sensación asfíctica, imposibilidad para moverse y hablar, acompañado de angustia. El último hace 72h de 3 minutos de duración, objetivado por su pareja, que? ¿pensó que bromeaba?... EXPLORACIÓN FÍSICA Cardiopulmonar y neurológica rigurosamente normales EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS ECG: Bradicardia sinusal a 52lpm COMENTARIO: El paciente se encuentra asintomático con excelente estado general. Se plantea el diagnóstico diferencial con: alucinaciones hipnagónicas, narcolepsia, o crisis comicial y se decide interconsulta con neurología. JUICIO CLÍNICO: parálisis del sueño.

CONCLUSIONES:

La parálisis del sueño es una parasomnia frecuente, que aunque benigna resulta muy desagradable para el paciente, ya que en ocasiones se puede acompañar de alucinaciones auditivas o visuales, llegando a provocar insomnio o ansiedad por el miedo a sufrir la experiencia. Puede suceder en la fase de adormecimiento (hipnagónica) o al despertar (hipnopómpica). La mayoría de la población ha sufrido algún episodio aislado relacionado con estrés, modificación del modo de vida y mala higiene del sueño. De forma periódica aparece en pacientes con ansiedad, trastorno bipolar, depresión, estrés post-traumático y narcolepsia. Soñamos durante la fase REM (Rapid Eye Movement) y la actividad cerebral es igual que durante la vigilia. Para evitar que el cuerpo realice movimientos causados por los sueños, mecanismos supraespinales suprimen el tono muscular (excepto diafragma y musculatura ocular). El individuo despierta durante esta fase, cediendo la parálisis en pocos minutos. No requiere tratamiento farmacológico, hay que tranquilizar al paciente y recomendarle que tras el episodio permanezca despierto unos minutos y camine antes de volver a dormir, para prevenir que se repita. En los casos más graves estaría indicado pautar antidepresivos tricíclicos por su acción inhibitoria sobre la fase REM.

P-791

PERDIENDO EL COMPÁS

G Fuentes Rodríguez (1), JL Sánchez Rocamora (1),
AR Lindo Noriega (1), MA Callejas Montoya (1), I Mora Escudero (2),
F Pérez Gómez (2), I Alcantud González (2)

(1) Hospital de Villarrobledo. Albacete. (2) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

PALABRAS CLAVE: síncope-mareo-bradicardia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 82 años mujer con antecedentes personales de Valvulopatía reumática en 2001 con sustitución valvular mecánica y fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta y asistolia por intoxicación digitálica, que precisó implante de MCP definitivo MEDTRONIC VVIR. Anticoagulada Acude a servicio de urgencias por cuadro sincopal con caída y TCE. En la exploración inicial presenta 13 puntos en escala de Glasow sin aparente focalidad neurológica y una auscultación cardiaca rítmica a 70lpm. En TAC cerebral se objetiva hematoma subgaleal occipital derecho con línea de fractura asociada que se extiende craneo-caudalmente, hematoma extraaxial subdural en la fosa temporal derecha y hemorragia subaracnoidea en surcos frontobasales bilaterales. Durante su estancia en cama monitorizada de observación presenta episodio de disminución de nivel de consciencia, que recupera de forma espontánea, y de bradicardia extrema objetivándose complejos QRS arrítmicos con espigas de marcapasos de baja umbral asincrónicas. Se decide el traslado a unidad coronaria de referencia de Albacete para revisión de marcapasos confirmando-se el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

El síndrome de marcapaso (SMP) es una entidad clínica caracterizada por la presencia de síntomas y signos relacionados con una respuesta hemodinámica anormal desencadenada por una sincronización inadecuada de la contracción auricular y ventricular, donde intervienen además factores humorales. La incidencia se encuentra en 7-10% de los pacientes portadores. Las causas del SMP es la pérdida de la sincronización aurículo-ventricular, la cual pone en marcha una cascada de eventos hemodinámicos, neurohumorales y electrofisiológicos que son los responsables finales de los síntomas y signos del síndrome, los cuales pueden ser muy diversos: palpitaciones, sudoración, vértigo, astenia, intolerancia al ejercicio, hipotensión arterial, presíncope, síncope, disnea de esfuerzo o franca insuficiencia cardiaca. Dentro de los pacientes en los cuales con más frecuencia se presenta están aquellos portadores de marcapasos permanentes unicamerales con una modalidad de estimulación VVI. El tratamiento es la revisión y/o sustitución del dispositivo malfunctionante.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-792

PATRÓN DE BRUGADA DIAGNOSTICADO EN SERVICIO DE URGENCIAS

V Fernández Menéndez (1), E Arbas Redondo (2),
C Fernández Pereda (3), A Menéndez Gancedo (1), B Castro Ardura (1),
Y Fernández Ramírez (4), A Fernández Suárez (1)

(1) Hospital Carmen y Severo Ochoa. Asturias. (2) Medico en formación.
(3) Atención Primaria Valencia. (4) Atención Primaria Langreo

PALABRAS CLAVE: Brugada-fiebre-bloqueo de rama derecha

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 35 años que acude al servicio de urgencias por fiebre y mialgias de 48 horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. A la exploración física presentaba una temperatura de 38.5°C, Saturación O2: 98%, tensión arterial: 130/70, frecuencia respiratoria 14 rpm, Frecuencia cardiaca 100 lpm. Buen estado general. Normohidratado y normoperfundido. Auscultación cardio-pulmonar normal y abdomen anodino, al igual que las extremidades inferiores. Como pruebas complementarias se solicitó bioquímica, hemograma y coagulación, destacando únicamente una linfocitosis. La radiografía de tórax que fue normal. En el ECG destacaba un BRDHH con elevación del ST en precordiales derechas seguidas de Ts positivas. Se pautó un antitérmico intravenoso, y sin fiebre, se repite el ECG, siendo este normal. Re-historiando al paciente, no refería dolor torácico, ni disnea, ni síncope previos y tampoco antecedentes de muerte súbita en la familia. Nos planteamos un diagnóstico diferencial con un patrón electrocardiográfico tipo II de Sd. de Brugada, bloqueo de rama derecha atípico, pericarditis, miocarditis o tromboembolismo pulmonar entre otras. Al no presentar el paciente dolor torácico, encontrarse estable hemodinamicamente y al mejorar tras el paracetamol nos inclinamos hacia la primera opción diagnóstica. Con todo ello se realiza el diagnóstico de cuadro vírico y de Patrón electrocardiográfico en el pico febril sugestivo de Patrón Brugada. Se derivó al paciente a la consulta de Cardiología con carácter preferente. Tras ser visto en nuestro hospital comarcal se deriva al paciente a la unidad de Arritmias del hospital de referencia donde se realiza una prueba de provocación objetivándose un patrón ECG tipo I, diagnosticándose de Sd. de Brugada y permaneciendo en seguimiento actualmente en dicha unidad.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Brugada se caracteriza por un patrón electrocardiográfico peculiar en precordiales derechas y la predisposición a presentar arritmias ventriculares y muerte súbita. Un diagnóstico precoz resulta fundamental para evitar la muerte en este tipo de pacientes. En el caso descrito el paciente no tenía antecedentes de muerte súbita por lo que no es indicación de implantación de DAI, pero si de la realización de un seguimiento además de medidas preventivas.

P-793

SÍNDROME DE WELLENS

AM García Arellano, FJ Lucas Lerga, Y Encina Aguirre, J Abadía Durán,
A Hernández Galán, A Ibarra Bolt

Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: dolor-Wellens-alteraciones EKG

HISTORIA CLÍNICA:

A nuestro hospital es traído en UVI Móvil un paciente joven sin antecedentes de interés que describe un dolor precordial intenso que ha comenzado en reposo, y de duración superior a 15 minutos. El paciente refiere que el dolor se irradia al cuello y al brazo izquierdo y se acompaña de malestar general. Se realiza un ECG con dolor donde se observa T picudas. Se administra oxígeno, se canaliza vía venosa (sacando sangre para evaluar las enzimas cardíacas), se realiza un ECG y se le administra AAS y solinitrina i.v. desapareciendo el dolor. Durante su ingreso el paciente permanece asintomático, pero existen alteraciones en el ECG: T profundas en precordiales.

CONCLUSIONES:

Esta es una entidad que pertenece al grupo SCASEST (Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST). Normalmente se produce si existe una lesión en la arteria descendente anterior cuando ésta es dominante. El paciente presenta un cuadro clínico de características isquémicas acompañado de un ECG en el que la presencia de una T bifásica en V2 y V3 es la característica principal. La evolución de dicha patología consiste en un cambio en el ECG que se caracteriza por T negativas y profundas en la cara anterior (V2-V5). A su vez existe alteración de las enzimas cardíacas.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-794

MIOCARDITIS VS. SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Y Aranda García, M Sánchez Pérez, L Díaz Vidal, MJ Estévez Rueda,
R Penedo Alonso, AF Braña Cardeñosa, L Román

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: miocarditis-síndrome-coronario

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 41 años acude al SU por presentar, tras realización de ejercicio intenso, cuadro de dolor abdominal en epigastrio acompañado de vómitos biliosos, sudoración, mareo y parestesias en las cuatro extremidades, sensación disneica y opresión torácica, que cede al cabo de unos minutos, quedando un cuadro de malestar general residual. Niega fiebre ni sensación distérmica asociada. ANTECEDENTES PERSONALES No HTA, no DL, no DM. Fumador activo de 20 cigarrillos/día desde hace 13 años. No otros hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas. No tiene tratamiento habitual. EXPLORACIÓN FÍSICA TA 97/66mmHg, Tª: 36°C FC 71lpm FR 15rpm SO2:99% Regular estado general, palidez cutánea, diaforesis. AC: rítmico, no se auscultan soplos AP: MVC sin ruidos sobreañadidos ABD: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, ruidos presentes, no se palpan masas ni megalias EEII: no edemas, no signos de TVP, pulsos distales presentes. NEURO: no focalidad neurológica PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: Bioquímica: Glu: 114 Crea 1.39 Na+ 141, K+ 3.4. PCR 4.2 PCT 0.3 Lactato 3.1 GOT 19 GPT 31 Troponina I 0.04 CPK normal Hemograma: Hb 16 LEU 23.100 (neu 18.600) Plaquetas 188.000 Gasometría: pH 7.4 HCO3- 17.3 EKG: Ritmo sinusal 70lpm, P y PR normales. Eje normal, QRS estrecho. Onda Q en aVL con inversión de la onda T. Resto sin alteraciones agudas de la repolarización. EVOLUCIÓN Durante su estancia en urgencias el paciente manifiesta tendencia a la hipotensión que remonta con sueroterapia y dolor generalizado que cede parcialmente con la administración de analgesia de primer nivel. Ante la leucocitosis tan marcada sin claro foco se solicita frotis sanguíneo, informado como normal. Tras 10h de observación, la ausencia de mejoría completa del dolor y leucocitosis marcada se realiza una nueva analítica. Hemograma: Hb 13.7 Leu 20.100 Plaquetas 178.000 Bioquímica: Glu 134 Crea 0.86 Troponina I 0.04 CPK 4932 GOT 392 GPT 81 LDH 697 PCR 16 Ante los hallazgos analíticos se comenta el caso al Servicio de Cardiología. Se le realiza al paciente un ecocardiograma a pie de cama objetivándose una FEVI deprimida y alteraciones de la contractilidad segmentaria. Juicio clínico de miocarditis vs. SCA ingresa en la Unidad Coronaria.

CONCLUSIONES:

Se le realiza coronariografía urgente, objetivándose un trombo en la DA. Diagnóstico final: infarto agudo extenso anterior, septal y lateral. FEVI moderadamente deprimida.

P-800

SCACEST FIBRINOLIZADO EN ZONA REMOTA

S Batista Pardo, E Sierra Quintana, E Gasca Pérez, N Wohrle,
S Abella Barraca, J Pérez Nieves, R Sanmartín Berraquero

061 Aragón, UME Sabiñánigo y Rescate Montaña

PALABRAS CLAVE: infarto-fibrinólisis-angioplastia

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

La UME de Sabiñánigo recibe un aviso para ir al pueblo de montaña de Broto, puerta de entrada Parque Nacional Ordesa, a 900 metros de altitud. Son las 21 horas, del mes de enero, la zona está en alerta máxima por nevadas a cota baja. Se trata de una mujer, 56 años, sin medicación habitual, fumadora activa, que encontrándose previamente bien presenta mientras caminaba un episodio de dolor centrotorácico opresivo asociado a cortejo vegetativo, seguido de síncope. 21.45: Llegada de ambulancia al C.S de Broto, la paciente está pálida, sudorosa, con mal aspecto, TA: 60/35, ECG: bradicardia a 30 x, con BAV II, elevación ST en cara inferolateral (II,III,avf,V5-V6) y descenso ST V1-V2. Dado el tiempo de retraso hasta ICP primaria y la situación hemodinámica de la paciente, se decide fibrinólisis extrahospitalaria al no presentar ninguna contraindicación. Se sigue protocolo. A la hora cumple criterios de reperfusión con descenso de ST más de 1 mm y desaparición del dolor. 1.30 am: Llegada al hospital de referencia en Zaragoza, asintomática, estable hemodinámicamente. TA: 130 /56. Killip I. En cateterismo cardiaco que se realiza 24 horas después muestra enfermedad coronaria de dos vasos con oclusión crónica de DA proximal y estenosis en descendente posterior que requiere revascularización coronaria durante su ingreso, sin incidentes.

CONCLUSIONES:

Las opciones de tratamiento ante un infarto pueden cambiar según la hora del día en que éste se produce y la accesibilidad a la zona. Dada las peculiaridades geográficas de la provincia de Huesca algunos pueblos quedan muy alejados del hospital de referencia de tercer nivel, complicándose aún más en invierno, al ser zonas montañosas con nieve y mala meteorología. Si además ocurre por la noche, imposibilita la llegada del helicóptero, impidiendo cumplir el tiempo establecido en el código IAM (PCM - paso guía < 120 minutos). Esto hace que se requiera el uso de técnicas diagnósticas y terapéuticas adecuadas para el correcto tratamiento de IAM, lo cual implica una formación adecuada de los profesionales para una selección adecuada de los pacientes, descartando contraindicaciones y ser resolutivos ante posibles complicaciones, en un medio bastante alejado del hospital.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-801

¿POR QUÉ ME NOTO INESTABLE Y CON DEBILIDAD EN LAS PIERNAS?

M Gómez Martínez (1), M Bernad Barcos (1), MG Díaz Sánchez (2), O Recondo Goitia (3), I Garmendia Rufo (1), M Escales Esteban (1)

(1) OSI Bidasoa. Gipuzkoa. (2) Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa. (3) Clínica La Asunción. Tolosa. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: polineuropatía-marcha-reflejo anormal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 27 años que acudió derivado por su MAP por inestabilidad. Desde hacía 4 días notaba inestabilidad y sensación de debilidad en las piernas con dificultad para realizar su trabajo habitual (instructor de artes marciales). Tras entrenamiento intenso hacía cuatro días comenzó a notar debilidad y hormigueos en los pies y en la mano dcha. Descansando mejoró ligeramente pero persistía la falta de equilibrio. No disnea ni dolor torácico. No clínica infecciosa los días previos pero sí vómitos y diarrea autolimitados a 1-2 días, sin poder precisar cuando en el último mes/dos meses. EXPLORACIÓN GENERAL: PA 148/80 FC 47 Temp 36.6 SO₂ 100 Consciente, orientado temporo-espacialmente y colaborador. Bien nutrido e hidratado. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo. ACP: normal. Abdomen: Blando y depresible, indoloro a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni visceromegalias. Espinoperforación indolora. PPRB negativa. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: Lenguaje normal. No rigidez de nuca. No claudicación de extremidades. ROT disminuidos. No dismetrías. Sensibilidad conservada. Pares craneales: PPIICNNRR. MOE normales. No nistagmus. Facial: No paresias. Campimetría por confrontación normal. Resto de pares normal. Romberg: ligeramente inestable hacia la izda. Marcha en tándem inestable. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG: RS a 55 lpm. ANALÍTICA: normal RX Tórax: sin alteraciones significativas. TAC CRANEAL: sin hallazgos significativos. JUICIO Diagnóstico: INESTABILIDAD A ESTUDIO EVOLUCIÓN: Se derivó a consulta de neurología para completar estudio y fue valorado a los 3-4 días con ligera mejoría. Se le realizó EMG urgente normal. Con diagnóstico de PROBABLE POLINEUROPATÍA AGUDA AXONAL SENSITIVA, LEVE Y EN REMISIÓN, EN PACIENTE CON ANTECEDENTE RECIENTE DE GEA, se le solicitó analítica con Ac antigangliósido. Tuvo revisión en 1 semana con mejoría clínica, aunque persistían parestesias en plantas y zona lumbar izda, arreflexia en EEII e hiporreflexia en EESS con marcha prácticamente normal.

CONCLUSIONES:

En un paciente joven que acuda por inestabilidad de la marcha plantearemos el diagnóstico diferencial con ACV, enfermedad desmielinizante y polineuropatías sensitivas. La evolución de las polineuropatías varía desde rápido empeoramiento en pocos días a un proceso indolente que demora muchos años.

P-802

DISECCIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA COMO CAUSA DE ICTUS

A Lozano Vicente (1), MJ Martínez López (2), R Aranda Colubi (1)

(1) DCCU San José de La Rinconada. Sevilla. (2) DCCU Santa Olalla del Cala. Huelva

PALABRAS CLAVE: carotid artery, internal-dissection-stroke

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 52 años con antecedentes de HTA, tabaquismo, bebedor y TCE previo con craneotomía. Su actividad laboral requiere esfuerzo físico. Presenta disfasia y hemiparesia derecha al despertar. La exploración física general está dentro de la normalidad. La neurológica presenta afasia global de predominio motor, sólo obedece a algunas órdenes sencillas, no emite lenguaje espontáneo, no nomina ni repite. Hemianopsia homónima derecha, MOEC, paresia facial supranuclear derecha, plejía en miembros derechos, babinski derecho y bipedestación y marcha no exploradas. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normales. ECG en ritmo sinusal. TAC: sin signos de hemorragia ni isquemia aguda. Estudio de difusión: hallazgos compatibles con área de penumbra superior al 100%. En estudio de troncos supraaórticos: oclusión de la arteria carótida interna izquierda. TAC de perfusión: área de penumbra en todo el territorio de ACM y ACA izquierdas sin región de infarto. Mismatch del 100%. Dópler TSA y temporal: ACI izquierda compatible con oclusión. Se decide tratamiento con rescate agudo intraarterial: trombectomía mecánica y stent carotideo. Con reoclusión de la arteria tras el procedimiento. Evolución: el paciente ingresa en la unidad de Ictus con buena evolución inicial y TAC craneal de control sin signos de hemorragia. Posteriormente se produce empeoramiento con disminución del nivel de consciencia. El TAC de control es compatible con Ictus maligno. El empeoramiento es progresivo, con infección con gripe A, fallo multiorgánico sin respuesta al tratamiento y desenlace fatal.

CONCLUSIONES:

El Ictus por disección carotídea tiene una incidencia baja (3/100000), ¼ de los casos en jóvenes, con localización más frecuente, como en nuestro caso, en arteria carotídea interna. Esta localización presenta peor pronóstico. Las causas incluyen el trauma previo (presente en nuestro caso) o eventos espontáneos con predisposición subyacente como conectivopatías. El diagnóstico es por RM o TAC con angiografía. En cuanto al tratamiento se ha observado que la eficacia y seguridad de la trombolisis iv es similar a los casos no causados por disección. El tratamiento endovascular (trombolisis intraarterial o trombectomía mecánica) tiene ventajas potenciales sobre la trombolisis iv, aumentando la tasa de recanalización temprana del vaso y la restauración del flujo sanguíneo. No aumenta las complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-803

LA IMPORTANCIA DE LA CELERIDAD EN LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y DEL CONOCIMIENTO DE LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS PARA MEJORAR LA MORBIMORTALIDAD
R Jiménez Cabrera (1), S Bermúdez González (2), I León Arévalo (3)
(1) DCCU Morón de la Frontera. Sevilla. (2) Hospital de Alta Resolución de Morón. Sevilla. (3) Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla
PALABRAS CLAVE: stroke-headache-mesh

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA Paciente que tras coito, presenta cefalea intensa y de forma brusca no habla y no se puede mover (hora de inicio 01:10h am) HISTORIA CLÍNICA Varón 55 años. Independiente. AP: HTA mal controlada. Obesidad grado II. Bebedor 28,4gr/día. Fumador 20c/día. No RAM. EF: MEG. Sudoración profusa. Rubicundez facial. Disminución del nivel de conciencia. No soplos carotídeos. Eupneico. Bostezos frecuentes. Muy inquieto. AC: tonos rítmicos, no soplos. AP: bmv, sin ruidos patológicos. Abdomen blando depresible, no masas no megalias. E. neurológica: PINLA. MOEC. Paresia facial derecha. Hemiparesia derecha (0/5). Glasgow 10. NIHSS reducida 14. CONSTANTES: PA 220/140, FC 84 lpm, FR 14 rpm, Tª 36° C, Glucemia capilar 234 mg/dl, Sat O2: 92%, EKG: Ritmo sinusal a 84 x. Criterios de HVI. Elevación de ST 1 mm en V1-V2. Ondas T aplanadas en V5-V6. MANEJO Se activa a través de la sala de coordinación CODIGO ICTUS Medidas neuroprotección fisiológicas: Oxigenoterapia (saturación <math>\geq 94\%

CONCLUSIONES:

Es importante en el ICTUS patología tiempo dependiente, tener claros los criterios de activación del CÓDIGO ICTUS (Rankin <math>\leq 2

P-804

LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO USANDO LA APROXIMACIÓN ABCDE
R Jiménez Cabrera (1), S Bermúdez González (2), I León Arévalo (3)
(1) DCCU Morón de la Frontera. Sevilla. (2) Hospital de Alta Resolución de Morón. Sevilla. (3) Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla
PALABRAS CLAVE: immediate-life-support

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA Dificultad respiratoria HISTORIA CLÍNICA Varón 68 años. AP: HTA, AVC previo con secuela paresia msd (3/5). No hábitos tóxicos. No RAM. EF: A la llegada del DCCU, el paciente nos dice con dificultad que se ahoga. MEG. C y O. Palidez cutánea y sudoración profusa. APROXIMACIÓN ABCDE Y MANEJO DEL PACIENTE: Vía aérea (A): no amenazada. Respiración (B): uso de musculatura accesoria, respiración abdominal, sudoración, cianosis acra. FR 38 (taquipnea). No asimetría. Saturación oxígeno 62%. ACR: Estertores. Se inicia tratamiento con CPAP (ventilación no invasiva con mascarilla facial). Circulación (C): Dedos cianóticos, relleno capilar <math>\geq 2

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes críticos tienen síntomas y signos de alerta, que nos ayudan a identificar y tratar pacientes con riesgo de PCR. El uso de la aproximación ABCDE, nos permite de forma estructurada reconocer y tratar de forma precoz al paciente que empeora. Por tanto es importante conocer los síntomas y signos de alerta, usar la aproximación ABCDE en todo paciente que se deteriora, con el objetivo de prevenir la parada cardiorrespiratoria y aumentar la supervivencia de nuestros pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-805

SÍNDROME DE KOUNIS, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

FJ Vara Morate, MC Soriano González, FJ Garriguet López,
A Perales Castellano, T Pulgarín Romero, R Rodríguez Romero,
MP Guerrero González

Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato. Córdoba

PALABRAS CLAVE: Kounis syndrome-vasospasm-anaphylaxis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 68 años edad con antecedentes médicos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, así como alergia medicamentosa a Penicilinas, que acude a nuestro servicio de Urgencias por fiebre, tos y aumento de su disnea habitual. Se pauta tratamiento intravenoso con Levofloxacino y mientras le está siendo administrado comienza con rubor facial, aumento de la disnea con broncoespasmo severo, sudoración profusa, hipotensión, taquicardia ventricular. El paciente es trasladado a sala de críticos, donde se realiza electrocardiograma con Taquicardia ventricular, se le administra Hidrocortisona 200 mg, adrenalina 1 mg, Dexclorfeniramina 5mg, mejorando el cuadro de shock anafiláctico que presentaba, se realiza nuevo electrocardiograma antes de ser derivado a Cuidados Intensivos de Hospital de referencia, observándose inversión de ondas T en cara inferior V5 y V6, así como elevación de las enzimas cardíacas. A los dos días es paciente es dado de alta de Intensivos con electrocardiograma normalizado y con normalización de enzimas cardíacas, con diagnóstico de Síndrome de Kounis secundario a Levofloxacino.

CONCLUSIONES:

Este síndrome está causado por la liberación de mediadores inflamatorios durante la degranulación de los mastocitos, aunque se ha visto que estos mediadores también están incrementados en los pacientes con síndromes coronarios agudos de etiología no alérgica. Entre los posibles desencadenantes del síndrome de Kounis, se incluyen picaduras de himenópteros, fármacos, alimentos, etc. Cualquier medicamento puede causar este síndrome, pero se ha descrito fundamentalmente en relación con antibióticos betalactámicos y antiinflamatorios no esteroideos. Existen dos tipos de Sd. de Kounis: - Tipo I (sin enfermedad coronaria previa) - Tipo II (con enfermedad coronaria): dolor torácico en el transcurso de una reacción alérgica aguda, en pacientes con enfermedad ateromatosa preexistente. En los últimos años se ha propuesto un tercer tipo que incluiría a pacientes con trombosis de los stentsfarmacoactivos en quienes la tinción con Giemsa y hematoxilina-eosina muestra la presencia de mastocitos y eosinófilos respectivamente El Síndrome de Kounis es una entidad infradiagnosticada y se necesitan más estudios para conocer mejor su epidemiología, características clínicas y diagnóstico. El tratamiento ante la alergia puede ser suficiente en el tipo I pero en el II es obligatorio, además, el del síndrome coronario agudo, mediante dilatación de las arterias coronarias.

P-808

DOCTORA, ¿POR QUÉ ORINO AIRE?

N Fernández de Cañet Ramírez, E Culpian Arias, CF Cara Ligero,
MA López García, ID García Baquero Martín, R Gallardo González,
CS Rodríguez Ortega

Hospital Universitario San Agustín. Linares, Jaén

PALABRAS CLAVE: fístula del sistema digestivo-enfermedad de Crohn-colitis ulcerosa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 27 años que acude al servicio de urgencias por neumaturia de un día de evolución. Se trata de un varón joven intervenido hace 9 años de una fístula perianal, hace 7 años de una perforación traumática de ángulo duodeno-yeyunal y estudiado por Aparato Digestivo hace 5 años por dolores abdominales recurrentes acompañados de episodios de diarrea. Durante ese estudio le realizaron numerosas pruebas complementarias, siendo el diagnóstico final el de colon irritable. A parte de referir aire en la orina, el paciente no presenta ninguna otra sintomatología: ni dolor abdominal, ni síntomas miccionales, ni alteraciones del hábito intestinal. Se encontraba con buen estado general. Las constantes eran normales. Se realizó analítica de sangre y orina que fueron normales, y un orocultivo que fue positivo para E. Coli. Ante la sospecha de fístula enterovesical se solicita TAC abdominal con contraste iv. El TAC abdominal muestra segmento de intestino delgado distal de pared uniformemente engrosada y aparente comunicación con vejiga urinaria. En vejiga se visualiza engrosamiento de la pared de su cúpula, neumaturia, bario endoluminal y captación de contraste yodado en su mucosa. Todo ello es compatible con afectación segmentaria de intestino delgado (EII) y tracto de fistulización a vejiga urinaria. Resto de la exploración sin alteraciones. El diagnóstico diferencial inicial se establece entre cistitis enfisematosa o fístula enterovesical secundaria a Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Se realizó interconsulta con urología y cirugía, y el paciente fue intervenido a las pocas semanas de la consulta. Tras la recuperación fue derivado de nuevo a consultas externas de Aparato Digestivo para completar estudio de posible E.I.I. Se realizó enterorresonancia, analítica con estudios prebiológicos y test de Mantoux que resultan ser normales. Varios meses tras la intervención, continúa asintomático. No presenta clínica ni pruebas que sugieran Enfermedad de Crohn por lo que continúa sin tratamiento y en seguimiento por Aparato Digestivo.

CONCLUSIONES:

La neumaturia es un motivo de consulta poco habitual en el servicio de urgencias, y más aún, cuando se trata de pacientes jóvenes. Por orden de frecuencia, las causas más frecuentes son la diverticulitis complicada, el carcinoma colorrectal y la E.I.I. Nuestra actuación en urgencias debe ir encaminada a orientar el diagnóstico, descartar complicaciones e iniciar el tratamiento, si bien en este caso el tratamiento definitivo es quirúrgico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-809

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE SEGMENTO ST POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA INTRASTENT DE DESCENDENTE ANTERIOR

M Miranda García, M Cobos Briz, J Iriarte Gómez, MA Vázquez Ronda, N Piro Martín, E Antolín Saéz, A Martakoush María

Hospital Universitario HM Puerta del Sur. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: angina inestable-dolor torácico-angioplastia

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 64 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica (angina inestable) en 2010 con realización de angioplastia y colocación de stent en descendente anterior media. Última revisión cardiológica en marzo de 2015, con ergometría negativa. Su tratamiento habitual es adiro 100 miligramos, atenolol 25 miligramos, atorvastatina 40 miligramos y omeprazol 20 miligramos diarios. Refiere presentar episodios de dolor torácico típico desde hace 5 días. El día anterior al inicio de la sintomatología fue operado de cataratas y uveítis del ojo izquierdo, retirando el ácido acetilsalicílico para el procedimiento. Acude a urgencias porque tras levantarse presenta sensación de opresión precordial, con irradiación hacia miembro superior izquierdo. En la exploración física se objetiva tensión arterial de 102/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 54 latidos por minuto y saturación de oxígeno del 100%. Auscultación cardiaca regular, sin soplos. En el electrocardiograma se objetiva elevación de ST en la cara anterior. En analítica se evidencia elevación de troponina (17 ng/L). Se administra cloruro mórfico y se inicia perfusión de solinitrina, sin que ceda el dolor. Se avisa a la Unidad de Cuidados Intensivos y a Hemodinámica para realización de coronariografía urgente. En esta se objetiva enfermedad coronaria severa de dos vasos (oclusión trombótica intrastent de descendente anterior y de circunfleja a segunda rama de obtusa marginal). La lesión en descendente anterior media presenta una obstrucción del 100%. Se realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea con implante de stent de 3 milímetros de diámetro y de 22 milímetros de longitud. Se obtiene buen resultado angiográfico sin obstrucción residual.

CONCLUSIONES:

El implante de stents coronarios se ha convertido en la técnica de revascularización miocárdica más frecuentemente utilizada. Desde las primeras series se vio que los principales problemas asociados a su utilización son la trombosis y la reestenosis. La trombosis del stent es una complicación que conlleva una elevada morbimortalidad, ya que con frecuencia determina la aparición de infarto extenso o mortalidad. Recientemente se ha sugerido mayor incidencia de trombosis muy tardía (pasado 1 año del implante), lo que ha generado gran alarma social y sanitaria. Este caso clínico es un ejemplo.

P-824

SÍNCOPE CON PERFIL VASOVAGAL

M Guzmán Ruiz, M Millán Montilla, L Pancorbo Fernández

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

PALABRAS CLAVE: mareo-síncope-fibrilación auricular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

*ENFERMEDAD ACTUAL: AP: NO AMC. Sin Interés. Paciente de 17 años que acude a urgencias (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. Pruebas complementarias del día anterior: EKG, analítica y TAC craneal normal. *EXPLORACIÓN FÍSICA: BEG, COC, BHYP. GLASGOW 15. No focalidad neurológica. Temblor en reposo. Eupneico. ACR: Tonos rítmicos no soplos roces ni extratonos, MVC sin ruidos sobreañadidos. *PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: *EKG: Ritmo sinusal a 70lpm, sin alteraciones de la repolarización. *Analítica normal, Orina y tóxicos negativo. *EVOLUCIÓN: En el monitor se observan rachas de QRS de morfología variable sin Onda P. EKG control: RS a 62lpm, PR corto, Onda D a nivel V2-V3 y AvL. En el monitor se aprecian cambios en la morfología del QRS ancho-imagen de bloqueo interventricular a 55-60lpm, no se observa Onda P, impresiona de FA preexcitada (a pesar de los intervalos R-R ctes). *PLAN DE ACTUACIÓN: Se realiza interconsulta a Cardiología que descarta patología estructural cardiaca mediante Ecocardiografía. Se ingresa en UCI para monitorización y control evolutivo, hasta valoración en Unidad de Arritmia. *UNIDAD DE ARRITMIAS: Se realiza Ablación con radiofrecuencias de vía accesoria posterolateral exitosa. *EVOLUCIÓN: El paciente se encuentra asintomático. EKG control: RS a 57lpm, QRS estrecho, eje normal, sin evidencia de preexcitación. *JUICIO CLÍNICO: Síndrome de perfil vasovagal, Síndrome WPW. Ablación efectiva de la vía accesoria.

CONCLUSIONES:

La preexcitación ventricular, debido a una vía accesoria que une eléctricamente A y V, puede dar lugar a una serie de síndromes arrítmicos, desde Taquicardias paroxísticas de la Unión AV y agravamiento de taquiarritmias auriculares que puede concluir en muerte súbita. En los paciente 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-825

TAQUICARDIA VENTRICULAR REFRACTARIA: UN CASO PRÁCTICO DE DIFÍCIL MANEJO TERAPÉUTICO EXTRA E INTRAHOSPITALARIO

E Bedeschi Bedeschi (1), A Delgado Campos (2),
J Aguirre Sánchez (2), F Díaz Muiños (2)

(1) Carballo, A Coruña. (2) Urgencias Ferrol

PALABRAS CLAVE: taquicardia-antiarrítmico-refractario

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Un varón de 62 años se presentó en nuestro Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (P.A.C.) de Carballo (A Coruña) con palpitaciones y dolor torácico irradiado a brazo izquierdo y espalda de una 30 minutos de evolución tras no ceder con Cafinitrina sublingual. Las constantes eran: FC 180 l.p.m., TA 148/66, SO₂ 98% y T 36,1°C. Mientras que entre sus antecedentes se encontraba un infarto miocárdico antero-septal a los 37 años, por lo que se encontraba en tratamiento con Bisoprolol 5mg, Enalapril 20mg y Tromalyt 100mg. En el Electrocardiograma (E.K.G.) se evidenciaba una taquicardia de complejos anchos monomorfos a 180/minutos, con cuadro morfológico de bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior izqdo, ya presente en previos E.K.G. Tras administrar Adenosina a dosis de 6 mg, 12 mg y 12 mg no se apreciaron cambios en la frecuencia o morfología del EKG. El paciente permanecía consciente y estable hemodinámicamente, con leve dolor retrosternal. Una infusión de 300 mg Amiodarona en 20 minutos tampoco aportó cambios en el registro electrocardiográfico. Tras añadir Verapamilo 5mg + 5mg iv la situación se mantenía igual. Sedado el paciente con Midazolam, se realizó cardioversión eléctrica sincronizada a 150 Jouls, con recuperación de ritmo sinusal, y se trasladó al Hospital de referencia, manteniéndose estable. Pocas horas después, en el Servicio de Urgencias Hospitalaria, la arritmia volvió a presentarse, por lo que se administró un bolo y una perfusión de Procainamida sin éxito, por lo cual, no obteniendo respuesta al tratamiento farmacológico, se decidió practicar termoablación transeptal guiada por vía transesofágica.

CONCLUSIONES:

La Taquicardia Ventricular Refractaria es una emergencia medica que puede provocar disminución de la fracción de eyección y provocar un fallo multiorgánico (1). El tratamiento farmacológico consiste en el utilizo de Betabloqueantes y Calcioantagonistas, eventualmente asociados a Flecaínide, o Propafenona, o Amiodarona (2). De todas formas estos fármacos presentan escasos efectos y el tratamiento resolutivo es la termoablación con catéter (3-4). A pesar de eso, la escasa disponibilidad de antiarrítmicos en los Servicios de Urgencias Extrahospitalaria de Galicia (solamente son disponibles Adenosina, Amiodarona y Verapamilo), obliga casi siempre a trasladar los pacientes a los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

P-826

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA EN GESTANTE DE 29 SEMANAS

M Torcal Baz (1), J Perona Caro (2), J Parrilla Tapia (1),
JD Mora Muñoz (1), MT Corredor Ródenas (1), MA Pérez Jimenéz (2),
JM Iriarte Osa (3)

(1) PAC Tomelloso I. Ciudad Real. (2) C. S. Tomelloso I. Ciudad Real. (3) UME Tomelloso. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: taquicardia supraventricular-embarazo-adenosina

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 33 años, gestante de 29 semanas (embarazo controlado), sin ningún factor de riesgo cardiovascular previo, sin antecedentes médicos de interés. En tratamiento con Yodocefol 1 comprimido al día. Acude a consulta por sensación de palpitaciones, que ha notado en varias ocasiones, (autolimitándose de forma espontánea), y que actualmente no han cedido, además refiere sensación disneica opresiva centrotorácica irradiada hacia cuello. No se acompaña de cortejo vegetativo, ni otra sintomatología. En la exploración física: BEG, C, O, normocoloreada, eupneica en reposo, tolera el decúbito, útero gestante acorde con FUR. ACR: taquicárdica, impresiona rítmica, no se auscultan soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos, no edemas ni signos de TVP. Sat O₂: 99%. TA: 100/60mmHg. Glucemia: 90mg/dl. ECG: taquicardia regular a 180lpm, de complejo estrecho sin alteraciones de la repolarización. Juicio clínico: taquicardia supraventricular paroxística. Tratamiento: se canaliza vía venosa periférica y se intentan maniobras vagales sin resultado, por lo que se procede a tratamiento con adenosina 6mg iv, en bolo, con monitorización cardiaca continua, revirtiendo a ritmo sinusal, permaneciendo en ritmo sinusal durante todo el periodo de tiempo que permaneció en observación, por lo que fue dada de alta (previa interconsulta y valoración fetal por obstetra). Revisión: la paciente fue citada y revisada en Unidad de Arritmias, permaneciendo asintomática.

CONCLUSIONES:

El embarazo es una situación que puede favorecer la presencia de arritmias cardiacas, algunos estudios han demostrado un aumento en la aparición y/o exacerbación de las mismas. La taquicardia supraventricular paroxística es la arritmia más común que puede aparecer durante en embarazo. El tratamiento inicial incluye maniobras vagales y el uso de adenosina, si estas son ineficaces. La adenosina es segura durante el embarazo. No existe evidencia de que incremente el riesgo de teratogénesis ni de que produzca efectos adversos fetales, salvo un caso de bradicardia en el feto tras la administración materna.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-828

RESPUESTA INESPERADA

J Aznárez Adelantado, P Lora Coronado, L Pancorbo Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: arrhythmias, cardiac-hypotension-Ebstein anomaly

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

AP: Paciente con 58 años, antecedentes de CIA, HTA, WPW con ablación en febrero de 2004, Flutter con ablaciones en 2015 y 2016 y recurrencia posterior. Anomalia de Ebstein, insuficiencia tricuspídea leve en tratamiento con apixabán, esomeprazol, paracetamol y loratadina, MC: Derivado de su centro de salud, donde acude por palpitaciones, cefalea e hipertensión arterial, en espera de citación para una nueva ablación. Exploración: A su llegada consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupnéico en reposo. No déficit neurológicos. ACR: Tonos cardiacos puros, arritmicos sin soplos ni roces, murmullo vesicular conservado sin ruidos patologicos. Abdomen anodino. MMII sin edemas ni signos de TVP o isquemia arterial aguda. No IY ni signos de ICC. ECG: Flutter con respuesta ventricular variable a 132 lpm, con BCRDHH. RX de tórax con discreto aumento del índice cardiotorácico. TA 187/82, sat. 02 96% Evolución: El paciente pasa a al área de observación para monitorización y se administra bisoprolol 5 mg. vía oral y captopril 25 mg. sublinguales. Se recibe analítica con hemograma, bioquímica y coagulación en rangos e normalidad. Troponina I 0,00. El paciente presenta de forma súbita dolor centrotorácico con cortejo vegetativo, mareo intenso y deterioro hemodinámico, TA 68/43, FC de 36 lpm, se administra atropina 1 mg IV y 1000 c.c. de SF a chorro, mejorando parcialmente la clínica, se realiza nuevo control enzimático con cifras de troponina I de 0.00, El paciente inicia episodio similar al previo con TA de 69/50 y FC de 44 lpm. po lo que ingresa en UCI donde precisa perfusión de noradrenalina. El paciente evolucionó adecuadamente y fue ingresado en planta de cardiología siendo alta hospitalaria asintomático con cita para realizar nueva ablación. Juicio clínico: Shock cardiogénico iatrogénico.

CONCLUSIONES:

La Anomalia de Ebstein es una cardiopatía congénita que puede asociar válvula tricúspide insuficiente, CIA, conducciones aberrantes y disminución de la fracción de eyección del ventrículo derecho. El uso de medicación hipotensora o bradicardizante, puede desencadenar episodios de bajo gasto cardiaco y shock cardiogénico en pacientes que padecen esta anomalía.

P-829

CUANDO LA CLÍNICA ES CONFUSA CONVIENE EXPLORAR
TODAS LAS POSIBILIDADES

J Aznárez Adelantado, M Guzmán Ruiz, R Rivas Martínez

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: cerebral infarction-epilepsy-magnetic resonance imaging

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

AP: Varón de 58 años con antecedentes de dislipemia e HTA MC: Es traído al Servicio de Urgencias hospitalarias por haber presentado desde hace hora y media cuadro de disartria, desviación leve de la comisura bucal y mioclonias en hemicuerpo derecho Exploración: Glasgow 15/15, consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupnéico en reposo. PINLA, MOEC, no disártrico con desviación de la comisura bucal, resto de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, Tonos cardiacos puros y rítmicos sin soplos ni roces, murmullo vesicular conservado sin ruidos patologicos, abdomen anodino, MMII sin edemas ni signos de TVP o isquemia arterial aguda. NHISS 1, TA 132/93, FC: 63, Sat. 02 94%, ECG RS, sin alteraciones de la repolarización ni de la conducción. TAC de craneo sin hallazgos agudos TAC de perfusión sin que se aprecien áreas de penumbra, ni imágenes que sugieran tejido infartado. No se objetivan lesiones aneurismáticas, troncos supraaórticos sin estenosis significativas. El paciente durante su estancia en observación de urgencias, ha presentado varios episodios de sacudidas mioclónicas y crisis con postura distónica en MMDD de segundos de duración Evolución: El paciente ingresó en planta de neurología donde se practicó EEG con resultado de focalidad epileptiforme intercrítica en región temporal anterior y medial del hemisferio izquierdo. En RMN se objetivan a nivel de corona radiata y nucleo lenticular izquierdo, imágenes sugerentes de lesiones isquémicas agudas en el territorio profundo de la arteria cerebral media. El paciente es dado de alta hospitalaria con mejoría clínica sin secuelas neurológicas con tratamiento antiagregante y antiepilépticos Juicio clínico: Infarto cerebral agudo. Epilepsia focal estructural con crisis focales motoras. Movimientos distónicos secundarios a lesión vascular.

CONCLUSIONES:

La variabilidad en la presentación clínica de los eventos cerebrovasculares agudos, obliga siempre a un estudio exhaustivo del paciente ante el que una actuación adecuada, no solo puede evitar secuelas permanentes incapacitantes, sino en los que además, es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial que descarte otras causas de la de la clínica con la que se presentan.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-830

PERICARDITIS COMPLICADA EN PACIENTE JOVEN

Z Vázquez Álvarez (1), IE Ferrero Fernández (2), Y García González (1), P González-Quirós Fernández (2), S Moreno García (3), S Sánchez Menéndez (1)

(1) Hospital del Oriente de Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias.
(3) Hospital de Jerez Materno Infantil. Cádiz

PALABRAS CLAVE: tos-derrame pericárdico-pericardiocentesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de ingreso: mujer de 37 años con tos y fiebre de 24 horas de evolución. Antecedentes personales: Ex fumadora desde hace 4 años. Obesidad. Sin tratamientos. Historia actual: cuadro de fiebre y tos con expectoración hemoptoica de 24 horas de evolución, valorada por médico de atención primaria el día anterior que pautó tratamiento con dextetoprofeno y cloperastina sin mejoría. Asocia dolor torácico de características pleuríticas y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Es derivada a Urgencias tras presentar cuadro sincopal con pérdida de conciencia de unos segundos de duración con afectación del estado general. Exploración física: consciente, con tendencia al sueño, sudorosa, pálida y mal perfundida. Tensión arterial 90/40. Frecuencia cardíaca 130. Saturación oxígeno 95%. Taquipneica a 32 respiraciones por minuto. Afebril. Auscultación cardíaca con tonos apagados. Auscultación pulmonar con crepitantes basales izquierdos e hipoventilación basal derecha. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: analítica completa donde cabe destacar creatinina 1,71, PCR 268, Troponina T 26, leucocitosis 15700 (89% neutrófilos), INR 1,53 con tiempo de protrombina 54%. Radiografía de tórax con índice cardiorácico mayor del 50%. Electrocardiograma con taquicardia sinusal y alternancia eléctrica. Tomografía axial computerizada (TAC) torácico con derrame pericárdico con una cámara de tres centímetros de espesor máximo. Evolución: la paciente es trasladada a hospital de tercer nivel para ingreso en UVI, donde se le realiza ecocardiograma transtorácico en el que se objetiva derrame pericárdico severo circunferencial con colapso de ventrículo derecho. Se realiza pericardiocentesis emergente con obtención de 700 centímetros cúbicos de líquido blanco-amarillento de consistencia lechosa, dejándose drenaje. El cuadro es etiquetado de quilotórax infectado con pericarditis purulenta secundario a Streptococo beta hemolítico del grupo A (pyogenes) asociado a quilotórax bilateral. Serologías positivas para virus de la influenza A y B. Evolución tórpida, con sepsis secundaria y lesión iatrogénica del plexo braquial que requirió de ingreso hospitalario durante 75 días.

CONCLUSIONES:

Derrame pericárdico como entidad poco frecuente pero grave de complicación de infección por Streptococo beta hemolítico del grupo A. En casos de derrame pericárdico significativo, la pericardiocentesis ha mostrado ser un procedimiento eficaz y seguro.

P-831

DIAGNÓSTICO ATÍPICO DE PLEXOPATÍA BRAQUIAL

P Romero Crespo, R Carbonell Vayá, A Mercado Pardo, R González Mazario, R Martín Ivorra, R Vizcaíno Pinedo, I Nakonetchny Tolchin

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: síndrome de Parsonage Turner-plexitis braquial-dolor osteomuscular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 47 años colombiana con antecedentes de LES e HTA, tratamiento con candesartán 32 mg, hidroferol y prednisona de 2,5 mg que ingresa en su país hace 6 meses por brote de oligoartritis febril, secundario a infección por virus chikungunya, se le pautó tto sintomático desapareciendo la clínica. Acude a Urgencias por presentar debilidad + calambres + dolor en el brazo izquierdo de 1 semana cada vez más invalidante, irradia de región cervical a cara posterior del brazo con pérdida de fuerza. En la exploración física se evidencia balance muscular patológico deltoides brazo izquierdo 5/2, hipoestesia C4-C8 y ROT tricipital y estilorradiar abolido. Analítica normal. Ante la sospecha de plexopatía aguda se solicita una ecografía que al ser normal se decide ingreso dada la afectación clínica evidente. La serología vírica es negativa y los parámetros de autoinmunidad dan positivo por su enfermedad basal conocida. La RNM de hombro y cervical son no concluyentes y la EMG nos confirma la existencia de lesión radicular cervical C5-C6 izquierda aguda/subaguda de grado moderado, por lo que nos encontramos ante una plexopatía denominada síndrome de Parsonage Turner cuyo diagnóstico es clínico y electromiográfico, pero que en este caso dado el antecedente de infección por virus Chikungunya, y la clínica parética tan llamativa nos obligaba a despistar otras causas de plexitis. Se instauró tto con IG iv durante 5 días y analgesia + RHB presentando gran mejoría.

CONCLUSIONES:

El dolor osteomuscular es un frecuente motivo de consulta médica en los Servicios de Urgencias. Ante un cuadro de plexitis braquial tenemos que descartar etiología traumática, compresiva, tóxica, autoinmune inflamatoria e idiopática y si se asocia dolor en extremidad superior y afectación con síntomas y signos neuromusculares hay que tener en cuenta el denominado Síndrome de Parsonage Turner, una neuritis rara, que afecta principalmente al tronco superior del plexo braquial, incidencia de 1.5 /100000 hab. de origen desconocido, el Dto es clínico y electromiográfico con pronóstico favorable y recuperación en el 75% de los casos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-832

ANEURISMA DISECANTE DE AORTA EN PACIENTE DE 69 AÑOS

S Sánchez Menéndez (1), Z Vázquez Álvarez (1),
IE Ferrero Fernández (2), Y García González (1), P González-Quirós
Fernández (2), S Moreno García (3)

(1) Hospital del Oriente de Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias.
(3) Hospital de Jerez Materno Infantil. Cádiz

PALABRAS CLAVE: aneurisma-aorta-abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de Consulta: dolor torácico Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia, bocio multinodular eutiroideo, síndrome depresivo, taquicardias (test de esfuerzo negativo). Enfermedad actual: paciente remitida por su médico de atención primaria en ambulancia convencional por dolor torácico, irradiado a espalda que la despertó hace 4 horas. Exploración: consciente, orientada y colaboradora, afectada, sudorosa. TA:80/50 en MSD y 180/90 en MSI. AC: RsCsRs. AP: mv algo disminuído. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Pulsos femorales disminuídos (llamativa en el lado D) Pruebas complementarias: * Hemograma: Hematíes: 4.38, Hb: 12.9, Hto:38.4, Plaquetas:177000, Leucos:11540 * Bioquímica: Glc:182, Urea:40, Cr:0.92, Na:143, K:3.6, PCR:0.88, Trop-T:21 * Coagulación: tasa:84%, INR:1.12, Dímero-D: valor por encima de rango de máquina. * TAC toracoabdominopélvico: Disección aórtica que se origina prácticamente en la raíz de la aorta afectando a la ascendente, al cayado, torácica descendente, abdominal y bifurcación ilíaca, para terminar aparentemente en las arterias femorales. No se observa extensión a los TSA en el segmento incluido en el estudio. El inicio tan proximal en la raíz, la clasificada dentro del tipo A de Stanford o tipo I de DeBakey y genera derrame pericárdico con un grosor de 2cm que a su vez produce un colapso del ventrículo derecho e importante reflujo de contraste a las venas suprahepáticas lo que sugiere sobrecarga cardiaca derecha. No se observa líquido libre intraabdominal ni hematomas retroperitoneales: Disección aórtica con extensión desde la raíz aórtica hasta las arterias ilíacas. Evolución: la paciente requiere tratamiento quirúrgico urgente, por lo que se procede a derivar a hospital de tercer nivel. Previamente, se decide IOT, y durante la sedoanalgesia, realiza parada cardiorespiratoria, con AESP, por lo que se comienza con SVA, de la que recupera a los 12 minutos, realizando posteriormente nuevo episodio de AESP que no responde a maniobras de SVA, ante el diagnóstico de disección masiva de aorta y causa de PCR no recuperable, se decide suspender maniobras de RCP.

CONCLUSIONES:

La disección aórtica es un diagnóstico de sospecha en dolor torácico-abdominal que no se nos debe escapar por las graves complicaciones y fatal desenlace que puede tener. Así mismo, una vez tengamos el diagnóstico definitivo, no debemos retrasar el traslado a Hospital útil.

P-834

ELLOS NOS TRATAN DE ENGAÑAR

G Fuentes Rodríguez (1), FM Urtecho Paredes (1),
LM Cruz Ramírez (1), PP Saire Atauje (1), AR Lindo Noriega (1),
A Castillo Morcillo (2), MA García Herraiz (2)

(1) H. G. Villarrobledo. Albacete. (2) H. G. Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: diarrea-dolor de hombro-edema agudo de pulmón

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Diarrea y tos A.P. NoRAM. DM tipo 2, DLP, no HTA. Fumador activo de 1 paq/día. No ACVs. HRB catarral. UGD con HDA hace años. Apendicectomía. Tto habitual: AAS 100 mg/día, Atorvastatina 10 mg/día, Daonil. Enfermedad Actual: Varón de 69 años que acude a urgencias por cuadro de náuseas, vómitos y diarrea sin productos patológicos de 1 día de evolución. Tos productiva y disnea con autoescucha de sibilancias. Mientras recibía tratamiento con nebulizaciones tuvo clínica de dolor centrotorácico atípico irradiado a MMSS I que al reinterrogar al paciente refería episodio similar hace 3 días autolimitado, sin cortejo vegetativo. ECG: rs, 92 lpm, qrs 120 ms, ST elevado 2mm en cara inferior, Descenso de ST 4-5 mm V3-V5 Se inicia tratamiento con NTG iv, AAS 250 y Ticagrelor 180 mg. y que tras espera de traslado a nuestro hospital de referencia entra en edema agudo de pulmón que mejora con CPAP de Bousignac y tratamiento médico. Analítica: TROPONINA I 11.000 ng/ml, CK 1891 U/L, CK-MB 209 U/L, GLUCOSA 306 mg/dL, UREA 65 mg/dL, CREATININA 1.27 mg/dL, GPT 59 U/L, LDH 596 U/L RX torax:ICT ligeramente aumentado, leve aumento difuso de densidad intersticial en hemitórax derecho. Coronariografía: Enfermedad coronaria severa de dos vasos: oclusión crónica de CD proximal y oclusión aguda de CX proximal. ICP sobre CX: ACTP más implante de stent recubierto a nivel de CX media con buen resultado angiográfico. Mal lecho distal de ramas marginales (1,5 mm). Diagnóstico: IAMEST inferior evolucionado. Angor postIAM. Killip IV. FEVI 40-45%. IM moderada-severa isquémica. Hipertensión pulmonar severa.

CONCLUSIONES:

A pesar que el cuadro clínico era compatible con GEA la anamnesis y evolución del paciente nos guía hacia en diagnóstico de un IAM evolucionado.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-835

EXANTEMA ATÍPICO

P Toledano Sierra, S Zafar Iqbal-Mirza, N Laín Teres

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: toxicidad medicamentosa-enfermedades exantemáticas-síndrome de Stevens-Johnson**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 35 años sin antecedentes de interés salvo fumador activo, y migrañas en seguimiento por neurología, que acude a urgencias por presentar lesiones eritematosas en manos y pies, úlceras dolorosas en genitales, cavidad oral y región anal y fiebre de 12 horas de evolución. El paciente refiere que la noche anterior a la aparición de las lesiones tomó septrim (trimetoprima/sulfametoxazol por odinofagia. A la exploración física en urgencias destaca febrícula, lesiones compatibles con aftas en cavidad oral y mucosa labial. Amígdalas hiperémicas no pultáceas, genitales con glándula eritematosa, descamativo al igual que la piel del escroto. En manos y pies incluyendo palmas y plantas múltiples fíctenas y placas eritematosas. Resto de exploración física normal. En las pruebas analíticas extraídas en urgencias destaca únicamente leucocitosis con neutrofilia, con resto de hemograma y bioquímica básica incluyendo procalcitonina normales., al igual que el estudio de coagulación y la radiografía de tórax. Las serologías para VIH, VHC, lues, VHS negativas, IgG VEB, IgG CMV, IgG micoplasma, IgG chlamydia positivas, con IgM para VEB, CMV, Chlamydia, micoplasma y parvovirus negativas, Hemocultivos negativos, al igual que el estudio de autoinmunidad solicitado durante el ingreso.

CONCLUSIONES:

El paciente presentó cuadro dermatológico compatible con Síndrome de Steven Jhonson posiblemente secundario a septrim. Tras descartar de forma razonable el origen infeccioso del cuadro se inició tratamiento con esteroides orales con escasa respuesta, siendo necesaria su administración por vía sistémica con evolución favorable y resolución de cuadro, procediéndose al alta.

P-836

DEL ASPECTO FÍSICO AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A Sánchez Morla, AP García Marín, E Muro Fernández de Pinedo, I Fernández Marín, LT Vázquez Rodríguez, L Pérez Ordoño, J Vila Santos

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfermedades de la aorta-síndrome de Marfan-dolor en el pecho**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 24 años sin antecedentes médicos que acude a urgencias por dolor torácico de una hora de evolución opresivo irradiado a ambos miembros superiores y a región dorsal que aumenta de intensidad con los latidos cardíacos. Inicialmente se acompañaba de cortejo vegetativo que posteriormente cedió. A la exploración física hemodinámicamente estable con tensión sistólica de 110 y frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto. Paciente de al menos 1,90 metros de altura y muy delgado. Articulaciones flexibles y alargadas. Tórax en quilla. Auscultación cardíaca con soplo diastólico aórtico grado III/VI. Buena perfusión distal y pulsos distales en todas las extremidades. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo por dolor torácico agudo en paciente de aspecto marfanoide se solicita TC torácico. Además se interroga al paciente sobre antecedentes familiares que niega. En el TC torácico se informa de dilatación de aorta ascendente (6 cm) con disección desde su base y extensión hasta el cayado aórtico distal a la salida del tronco braquiocefálico, con dudosa afectación de la coronaria derecha. Ante dichos hallazgos se comunicó con el servicio de cirugía cardíaca que intervino de urgencia con sustitución de válvula aórtica, de la raíz de la aorta ascendente, arco aórtico y tronco braquiocefálico con 3 prótesis tubulares. Durante el postoperatorio presentó numerosas complicaciones como: derrame pericárdico severo con compromiso hemodinámico que requirió ventana pericárdica, afectación cerebral hipoxico-isquémica por bajo gasto, neumonía asociada a la ventilación y luxación del codo izquierdo. Fue dado de alta tras 45 días de ingreso.

CONCLUSIONES:

El síndrome aórtico es una emergencia médica que requiere de rápido diagnóstico y tratamiento. Se debe sospechar también en pacientes jóvenes sin antecedentes, sobretudo si hay sospecha de síndrome de Marfan. A pesar de una rápida intervención pueden surgir numerosas complicaciones en el postoperatorio.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-839

SÍNCOPE DE ESFUERZO EN CORREDOR DE MEDIA MARATÓN

JB Valencia Molina, M Lloreda Surribas, A Villagrasa Vilella, R Iglesias Rodríguez, G Alonso Fernández

Hospital General de Granollers. Barcelona

PALABRAS CLAVE: long QT syndrome-syncope-athletic injuries

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 47 -años exfumador sin otros factores de riesgo cardiovascular ni familiares de cardiopatía ni muerte súbita con estudio cardiológico previo valorado dentro de la normalidad. Ingresa por síncope sin pródomos durante media maratón (Mitja de Granollers). Inicialmente destaca QT largo 480ms en contexto de acidosis metabólica (pH 7.32, pCO₂ 42, pO₂ 30, EB -4.4, Bic 22 SatO₂ 52%) y insuficiencia renal aguda (Creat 1.84) con normopotasémia (4,6 mEq/L). Evolutivamente normalización del QT y trastorno metabólico, sin eventos arrítmicos durante su estancia. Se realiza ecocardiograma sin alteraciones, ergometría con QT en esfuerzo border-line 460ms i test de adrenalina positivo, obteniéndose una puntuación de Schwartz(1) de 2 (probabilidad intermedia). Se inició tratamiento betabloqueante, pendiente de valorar tolerancia clínica y realizar estudio genético.

CONCLUSIONES:

El motivo de presentar este caso es que en España, según datos del Consejo Superior de Deportes, existían en el año 2015 70.911 atletas federados, sin datos sobre el gran incremento de esta práctica en la población general no federada, ni datos fiables del número de practicantes sometidos a exámenes médicos antes de iniciar esta práctica deportiva. El síncope ocurrido durante el esfuerzo está frecuentemente asociado a una etiología cardiogénica y se considera factor de mal pronóstico en los primeros 30d después del diagnóstico inicial, por lo que se requiere una correcta identificación y presunción de la etiología.(2) (3) Así mismo, los estudios poblacionales estiman una incidencia de Síndrome de QT largo (QTL) de entre 1:2.000-2.500 habitantes(4), por lo que en pruebas como la Mitja de Granollers (14.000 participantes) se espera la presencia de la menos 5-7 participantes con dicho trastorno. Creemos que este caso resalta la importancia de la medición sistemática y rutinaria del intervalo QT en los ECG realizados en los servicios de atención pre-hospitalaria y urgencias, máxime en aquellos pacientes admitidos durante síncope de esfuerzo.

P-843

MIGRAÑA CON AURA

M Blanca Segura (1), C Calero Olmo (1), E Piñero Flores (2), M Ruiz Ojeda (1), JA Cota Consuegra (1), GM Cañete Rodríguez (1)

(1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba. (2) Consultorio Bornos. Zona Básica Villamartín. Cádiz

PALABRAS CLAVE: migraine-neurologic-examination

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 31 años que acude a urgencias con cuadro de cefalea y alteraciones en el habla. No toma medicación en la actualidad. Estudiado en 2005 en Medicina Interna por cefalea y déficit neurológico con estudio normal (diagnosticado al alta de cefalea con aura). A la exploración, consciente y orientado, isocoria, no papiledema. Pares craneales normales. No déficit sensitivo motor ni de coordinación. Extinción sensitiva, alteraciones visuoespaciales y negligencia visual izquierda. Resto de exploración normal, salvo frecuencia cardíaca a 45 latidos por minuto. Se completa el estudio para descartar causas orgánicas. En la analítica realizada, el hemograma, la bioquímica y la coagulación son normales. El electrocardiograma se informa como ritmo sinusal a 40 latidos por minuto. En el estudio Holter electrocardiográfico destaca una bradicardia sinusal, con frecuencia media de 47 latidos por minuto, y extrasístoles supraventriculares aisladas. La tomografía axial computarizada sin contraste intravenoso no muestra imágenes de sangrado intraparenquimatoso ni colecciones extraaxiales. En arteria cerebral media derecha se aprecia un aumento de densidad que podría corresponder a la presencia de trombosis en dicha localización, a correlacionar con la clínica del paciente. En la resonancia magnética y la arteriografía de encéfalo se evidencia el defecto de repleción, que correspondería a un infarto en evolución de la arteria cerebral media derecha. En la ecografía transesofágica aparece a nivel de septo interauricular un movimiento aneurismático con 14 milímetros de desplazamiento, confirmándose un foramen oval permeable con septo aneurismático. El doppler venoso de miembros inferiores bilateral no muestra signos de trombosis venosa profunda. El juicio clínico es de infarto de la arteria cerebral media derecha de mecanismo cardioembólico (foramen oval permeable con septo aneurismático). Como plan terapéutico se le indica tomar ácido acetilsalicílico 300 miligramos al día, siguiendo indicaciones de Cardiología con respecto al cierre programado del foramen oval.

CONCLUSIONES:

Ante un cuadro de cefalea con aura prestar especial interés a la exploración neurológica para poder detectar cambios, realizando un diagnóstico diferencial detallado con otras patologías de mayor relevancia por sus complicaciones y secuelas en caso de retraso en su diagnóstico.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-846

LA DEBILIDAD COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO INICIAL EN ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

R Aranda Colubi (1), A Lozano Vicente (1), MJ Martínez López (2),
P Bataller de la Cruz (3)

(1) DCCU San José de La Rinconada. Sevilla. (2) DCCU Santa Olalla del Cala.
Huelva. (4) C. S. El Mirador. Sevilla

PALABRAS CLAVE: Guillain-Barré syndrome-primary health care-signs and symptoms

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 45 años, que presenta lumbalgia con debilidad en MMII, valorada y tratada en un principio como mecánica y que en 24h progresa a tetraparesia. Durante el ingreso, hemodinámicamente estable. Eupneico y con buen manejo de la vía aérea. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, pares craneales normales. MOEC Arreflexia total. RCP bilaterales flexores. Función motora MMII 1/5 y MMSS 3/5 Pruebas complementarias: Perfil hepático alterado, linfopenia, líquido cefalorraquídeo: leucocitos 30 células (95% mononuclear), proteínas 61,7 mg/dl, glucosa 74mg/dl cloro 121.4mEq/l y hematíes 0. Estudio neurofisiológico: compatible con polirradiculitis tipo neuropatía Axonal Motora Aguda. EKG: BIRDHH Serología Hepatitis B AgS negativo, Anti HBc y Anti HBs positivo. Hepatitis A y C negativo. IGG 3385, Vitamina B12 627 Autoinmunidad: Ac antinucleares patrón nuclear moteado fino, Ac SSA/RO52 positivo débil, antigangliósidos negativos. Ante la sospecha clínica inicial de S Landry-Guillain-Barré-Strohl se inicia tratamiento con IgIV a altas dosis desde su valoración en urgencias, aunque el diagnóstico diferencial incluía causa tóxica (manipulación previa con disolventes), paraneoplásica e infecciosa (bacterias no convencionales). La evolución fue favorable sin afectación de musculatura bulbar o respiratoria con diagnóstico final de Síndrome de Guillain Barré. Tras intensa fisioterapia evoluciona con mejoría significativa de la movilidad, control de tronco en sedestación adecuado sin precisar soporte posterior, transferencia con apoyo en andador o silla de ruedas.

CONCLUSIONES:

La incidencia global del SGB es de 1-2/100000 por año, aumentando el número de casos con la edad. Todos los tipos de Sd. Guillain-Barré presentan una neuropatía aguda con debilidad progresiva de todas las extremidades hasta su máximo a las cuatro semanas. La debilidad es una queja común y no específica, de consulta frecuente en urgencias, presentando un amplio espectro de la patología médica. El diagnóstico de los procesos neurológicos y neuromusculares que causan debilidad y que son potencialmente mortales o que dejan grandes secuelas, requieren un enfoque sistemático y anatómico desde atención extrahospitalaria. En nuestro caso la inusual rapidez en su progresión permitió la sospecha del cuadro desde el inicio y el manejo adecuado desde el primer contacto con el paciente. Habitualmente, la progresión de la enfermedad es más lenta, por lo que ante un cuadro de debilidad aguda es fundamental un examen exhaustivo general y neurológico.

P-849

MUERTE SÚBITA

MI Arjona López (1), J Nicolás Gálvez (2), A Cantero Sandoval (1),
JA Martínez Otón (1), R Rojas Luán (1), JM Marín Martínez (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. (2) H. U. Morales
Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: dolor-torácico-muerte-súbita-disección

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Trabaja en almacén de fruta. Mujer de 39 años acude a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor torácico localizado en pectoral izquierdo que irradia a miembro superior izquierdo desde hace 2 días. Empeora con los movimientos, relacionándolo con su trabajo. No otra clínica. En tratamiento con ibuprofeno pautado por servicios de urgencias extrahospitalarios el día anterior. A la exploración presenta dolor a la palpación en pectoral izquierdo. Se realiza ECG, sin alteraciones, siendo alta con diagnóstico de dolor de características mecánicas. **EVOLUCIÓN** Dos horas después del alta hospitalaria la paciente presenta en domicilio síncope. La familia avisa a servicios de Urgencias extrahospitalarias, presentándose a los cinco minutos en el domicilio y objetivando que la paciente se encuentra en parada cardiorespiratoria, iniciando maniobras de reanimación cardiopulmonar. Se detecta fibrilación ventricular que, tras dos choques de desfibrilación eléctrica pasa a taquicardia ventricular sin pulso, requiriendo otras tres descargas, unido a 300 mgr de amiodarona y cuatro ampollas de adrenalina. Tras 35 minutos de reanimación la paciente presenta ritmo sinusal, objetivando en ECG elevación del ST en II, III y aVF y descenso en cara lateral. La paciente es trasladada a sala de Hemodinámica de Urgencias, donde vuelve a presentar asistolia, iniciándose RCP y administrando 3 ampollas de adrenalina. A los pocos minutos recupera ritmo sinusal, pero necesitando noradrenalina a 7 ml/h para mantener tensiones. Se realiza ecocardiografía donde se observa un ventrículo izquierdo dilatado y severamente disfuncionante (FEVI de 10%), indicando cateterismo urgente. En cateterismo se realiza angioplastia a coronaria derecha, por disección ostial, con implante de dos stents a nivel ostial y distal. Tras evolución satisfactoria, alta a planta a los 5 días. **JUICIO CLÍNICO** Muerte súbita secundaria a síndrome coronario agudo con elevación del ST por disección coronaria espontánea de descendente anterior y coronaria derecha.

CONCLUSIONES:

La disección coronaria espontánea es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo que afecta predominantemente a mujeres sin apenas factores de riesgo cardiovascular y cuya presentación varía desde la angina inestable hasta la muerte súbita, por lo cual es fundamental su diagnóstico y reconocimiento en forma temprana. Ante la sospecha de disección coronaria se debe realizar lo antes posible una coronariografía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-856

¿CÓDIGO ICTUS O FALSA ALARMA?

**E Moriel Santaella, C González Pozo, M Nogués Herrero,
P García Navarro, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki**

Hospital Comarcal Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: stroke-migraine disorders-diagnosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 34 años, sin antecedentes de interés. Acude acompañado por su madre por presentar episodio de afasia motora brusca, sin otra clínica acompañante. La madre explica que el paciente, estando previamente bien esa mañana, comienza a no responder preguntas o sólo lo hace contestando escuetamente con palabras sueltas. Se activa código ICTUS. Exploración física: sin alteraciones, destaca en la exploración neurológica paciente con habla telegráfica, con resto de exploración neurológica normal (escala de NIHSS 2 puntos). Pruebas complementarias: analítica de sangre y ECG, sin interés. TAC craneal: no presenta datos patológicos. Evolución y tratamiento: tras evaluación inicial en box de críticos, descartándose indicación de fibrinólisis (déficit neurológico leve), se desactiva código ICTUS. A los 30 minutos del ingreso del paciente desaparece déficit neurológico, iniciando cefalea hemicraneal derecha intensa, de carácter pulsátil y que cede posteriormente tras analgesia. Dado que el paciente finalmente queda asintomático y tras interconsultar con neurología, se da alta con valoración preferente por su parte en consulta. En el estudio posterior no se encontraron hallazgos. Diagnóstico final: migraña con aura.

CONCLUSIONES:

El infarto cerebral (ACV) suele presentarse como un déficit neurológico focal brusco con síntomas y signos dependientes del territorio afectado. Habitualmente el cuadro es bastante característico y es infrecuente que represente un reto diagnóstico, pero existen ciertas patologías del sistema nervioso central con presentación similar pero enfoque muy diferente. A estas enfermedades se las suele llamar ?camaleones del ictus?. Una de ellas es la típica aura migrañosa, signo focal de disfuncionalidad del SNC que aunque frecuentemente viene representada por fenómenos visuales positivos, también puede incluir fenómenos negativos, como ocurre en este caso. Reconocer rápidamente un ictus es de gran importancia ya que cuanto antes tratemos, el pronóstico mejora. La dificultad en el diagnóstico comienza con el tipo de servicio de urgencias y la disponibilidad de recursos. En los hospitales comarcales se carece de neurólogo que pueda determinar si se necesitan más pruebas complementarias o el mejor tratamiento y es el urgenciólogo quien debe decidir el manejo del paciente, estando aquí la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial entre el ACV y sus imitadores.

P-865

DOBLE EMBOLISMO SISTÉMICO EN PACIENTE SIN FIBRILACIÓN AURICULAR

**R Peinado Clemens (1), A Martín Pérez (2), MA Ruiz Sanz (3),
C de Vera Guillén (1), J Fernández Núñez (1)**

(1) Hospital Infanta Cristina. Badajoz. (2) Hospital de Coria. Cáceres. (3) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

PALABRAS CLAVE: embolismo-anticoagulación-fibrilación auricular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

La Fibrilación Auricular es un factor de riesgo embólico y, junto a otros factores de riesgo, subsidiaria de anticoagulación. Sin embargo no siempre precede en el tiempo al episodio embólico. Presentamos el caso de un paciente de 81 años con Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión arterial y Colitis Ulcerosa en tratamiento con Insulina Glargina y Metformina, Olmesartán, Ácido Acetil Salicílico y Mesalazina que acudió a Urgencias por dolor continuo en fosa renal derecha irradiado a vacío de 4 días de evolución acompañado de vómitos. Exploración física con auscultación cardiaca regular y sin soplos y abdomen blando y depresible con leve dolor en vacío derecho sin signos de irritación peritoneal y puñopercusión derecha positiva. En la analítica destacaba leucocitosis 15.7 con fórmula normal, Creatinina 1.82, Filtrado Glomerular Estimado de 37 y LDH 1583. Electrocardiograma en Ritmo Sinusal a 60. TAC abdominal que reveló un Infarto Renal derecho masivo. Durante su estancia en Urgencias comenzó con dolor en Miembro Inferior Izquierdo con frialdad y palidez. Un Ecodoppler confirma una obstrucción de arteria Femoral izquierda motivo por el que se realiza endarterectomía de urgencia resolviéndose el cuadro. Durante el postoperatorio se detecta la presencia de episodios autolimitados de Fibrilación Auricular procediéndose a la anticoagulación con Acenocumarol con rango de INR 2-3. Dos meses más tarde acudió al hospital con Fibrilación Auricular y pérdida súbita de visión en ojo derecho, evidenciándose una trombosis de arteria central de la retina. Se añadió antiagregación con 100 mg. de Ácido Acetil Salicílico no habiendo presentado más eventos trombóticos.

CONCLUSIONES:

En un artículo publicado recientemente, Bayés de Luna et al consideran plausible un cambio en el paradigma actual de anticoagulación y Fibrilación Auricular planteando que serían subsidiarios de anticoagulación pacientes con CHADS2-VASc ≥ 2 con factores de riesgo de presentar una Fibrilación Auricular, a pesar de no haberse documentado la presencia de la misma. En nuestro caso concurría además la existencia de Colitis Ulcerosa, enfermedad que presenta una mayor tasa de complicaciones tromboembólicas por lo que parece claro el beneficio de haber planteado la anticoagulación preventiva.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-866

DISFAGIA INTERMITENTE

I Ortega Castrillo (1), M Miralbes Torner (2), MF Ramírez Hidalgo (2),
FJ Miralbés Casterá (1), AM Arilla Albas (1)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca. (2) H. Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: esofagitis complicada-ulceras esofágicas-bulboduodenitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 50 años de edad, con antecedentes de pielonefritis y depresión. Acude a urgencias por iniciativa propia por presentar desde hace unos meses cuadro de disfagia intermitente a líquidos y en ocasiones sensación de stop, en ocasiones heces negras. A la exploración que es anodina, excepto una hepatomegalia de tres dedos no dolorosa y un tinte subicterico conjuntival. No presenta restos de sangrado al tacto rectal. En las pruebas complementarias, presenta una insuficiencia renal leve y el resto dentro de los valores de referencia. La radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Se solicita fibrogastroscoopia por el cuadro de disfagia donde se aprecia varias ulceraciones milimétricas en tercio inferior y medio del esófago y, salida de material purulento al realizar una de las biopsias en dicha zona. Se realiza TAC torácico para descartar patología mediastínica secundaria. Donde se informa de importante engrosamiento parietal de todo el esófago torácico, imagen de doble luz esofágica, colección líquida en la pared esofágica izquierda. Se inicia tratamiento médico, con buena evolución clínica. En la endoscopia posterior se aprecia un esófago cicatricial y pequeño orificio milimétrico en esófago medio de trayecto indeterminado. la paciente fue dada de alta a su domicilio tras 20 días de estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES:

Se trata de una paciente con disfagia intermitente secundaria a una patología esofágica muy poco frecuente. La rápida toma de decisiones en las pruebas complementarias fue de una importancia fundamental en la buena resolución de su patología.

P-870

FRACTURAS ÓSEAS COMO FACTOR DIAGNÓSTICO DE UN
LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES EN UN VARÓN DE 30 AÑOS

C Jiménez Hidalgo, J Gallardo Bautista, C Bueno Mariscal,
JL Gálvez San Román, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: broken bones-lymphoma-large cell-lymphoma B

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 30 a que acude a urgencias por caída accidental que no es de alto impacto, ocasionándole una fractura de cuello de humero derecho y de tercio proximal de fémur izdo. Es intervenido quirúrgicamente y un mes más tarde acude a urgencias por cefalea con características de cluster y debilidad generalizada, A la exploración llama la atención una ptosis palpebral izquierda únicamente y la disminución de sensibilidad en hemicara izquierda. Se realiza hemograma con resultado de discreta anemia microcítica y en la bioquímica destaca una urea: 139 mg/dl y creatinina: 5 mg/dl, resto normal excepto LDH. 602 U/l, PCR y Rx tórax normal. El paciente es valorado por nefrología y neurología y finalmente sube a planta de medicina interna para estudio con juicio clínico de fracturas patológicas antiguas, fracaso renal agudo y cefalea tipo cluster. Durante su estancia en planta presenta reacción eritrodermica, además de continuar con cefalea intensa, presentando cierta mejoría con antihistamínicos, sin embargo, en la evolución existe gran empeoramiento de la función renal, llegando a cifras de creatinina de 7 mgr/dl y urea: 198 mg/dl, precisando finalmente de diálisis. El diagnóstico de presunción inicial es de una mastocitosis sistémica, que posteriormente se descarta tras presentar aspirado de médula ósea sin aumento de mastocitos. En la biopsia finalmente se confirma el diagnóstico de Linfoma B de Células Grandes y el paciente definitivamente es asumido por oncología.

CONCLUSIONES:

El linfoma B de células grandes es un linfoma no hodkiniano de fenotipo B y gran agresividad. Es el 80% de los linfomas agresivos y el 30-35% de los linfomas no Hodgkin y el linfoma más frecuente en la edad adulta. Es más frecuente en ancianos y varones. El 66% de los pacientes se presenta en estadios diseminados, como el caso que nos ocupa, que es un LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES ESTADIO IV (afectación renal, ósea y de médula ósea). El paciente recibe tratamiento con quimioterapia con rituximab presentando mejoría progresiva clínica y analítica.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-872

¿CRISIS? ¿SÍNCOPE? NO OLVIDAR EL SÍNDROME DE STOKES-ADAMS

S Alconchel Gracia, E Carramiñana López, M Moline Moreno,
J Jodra Pérez, E Antolín Barrios, E del Hoyo Peláez, P Guallar Sola

Hospital Santa Bárbara. Soria

PALABRAS CLAVE: Stokes Adams-syncope-epileptical crisis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Stokes Adams es una pérdida de consciencia que a veces se acompaña de convulsiones, debida a una asistolia u otra arritmia de corta duración.

OBJETIVO:

Conocer el síndrome de Stokes Adams para tener presente las arritmias de corta duración como causa del síncope, sobre todo si su etiología no es clara.

MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODOS:

Paciente de 79 años que acude a urgencias por pérdida de consciencia de un minuto aproximadamente de duración, con relajación de esfínter y recuperación espontánea. Hace años presentó cuadros similares. Tras estudio neurológico y cardiológico completo, no se llegó a un diagnóstico etiológico. Se dejó a la paciente con tratamiento antiepiléptico.

RESULTADOS:

Se realiza exploración general y neurológica, analítica, TAC craneal y ECG, siendo todo normal. Durante su estancia, se repite el episodio en 5 ocasiones, observando relajación de esfínter vesical en todos ellos, contractura de la musculatura peribucal y en el último movimientos de hociqueo. No existe periodo postcrítico típico. Al revisar la historia, se observa EEG patológico. Ante la sospecha de crisis se comienza tratamiento con levetiracetam. Permanece monitorizada y en el último episodio, vemos alteración en el trazado cardiaco. Se duda de que sea artefacto, pero al revisarlo observamos pérdida de la conducción AV normal después de unos segundos. Se decide ingreso en UCI para colocación de marcapasos definitivo.

CONCLUSIONES:

El síncope es una patología frecuente en urgencias. En la mayoría de los casos los tenemos que dar de alta sin saber la etiología. El síndrome de Stokes Adams se define como la pérdida brusca de conocimiento que a veces se acompaña de crisis y relajación esfinteriana, debida a asistolia o arritmia de corta duración. Se debe a un bloqueo AV completo en el 50% de los casos. El trazado Electrocardiológico continuo nos permitió hacer un diagnóstico y saber la etiología. El implante de PM definitivo soluciona el cuadro. Conocer el síndrome permite ahorrar pruebas y fármacos innecesarios.

P-873

DOCTOR, DÍGALE QUE NO ME OCURRE NADA

RE González Rodiles Heredia, M Guillán Rodríguez

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: paraganglioma-glomus-hipoglosa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años de edad fumadora e hipertensa bien controlada. Acude a urgencias por insistencia de su hijo que refiere que la ha ido a visitar y la ha visto reírse y le parece que tiene la lengua desviada a la derecha. Refiere la paciente que desde hace una semana se nota alguna molestia ligera en la lengua pero que no le ha hecho caso pues no le duele, aunque reconoce que en los dos últimos días las molestias son más acentuadas apreciando dificultad para tragar líquidos. En el interrogatorio dirigido niega otros síntomas asociados. Durante la exploración física en urgencias se objetivan constantes normales y una exploración general y por aparatos y sistemas sin datos positivos de interés, excepto por confirmarse en la exploración neurológica, desviación de la punta de la lengua a la derecha y una otoscopia con dudosa lesión retrotimpánica de coloración rojiza. La analítica no presenta alteraciones en hemograma coagulación ni bioquímica. Se realiza tomografía computarizada que concluye sin hallazgos significativos. Ante la sospecha clínica se completó el estudio y se estableció el diagnóstico con ayuda de otras pruebas de imagen.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con parálisis del XII par como síntoma y signo clínico cardinal, de aparición subaguda y progresiva, se deberá realizar una exploración minuciosa que incluya una cuidadosa exploración neurológica además de la esfera otorrinolaringológica y realizar un diagnóstico diferencial en el que se descarten, entre otros, lesiones expansivas troncocefálicas, lesiones isquémicas y de otro origen vascular así como tumores extracraneales y de base de cráneo. Los glomus yugulotimpánicos son neoplasias cuyo origen se encuentra en las células paraganglionares normales. Su crecimiento es lento, pero también pueden tener un comportamiento agresivo al igual que los tumores malignos. Debido a su carácter agresivo pueden llegar a producir lesiones neurológicas graves e irreversibles. El diagnóstico en urgencias se apoya en una correcta anamnesis, exploración física y la ayuda imprescindible de las técnicas de imagen adecuadas.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-889

DESCARGAS MÚLTIPLES EN PACIENTES PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: IMPORTANCIA DE LA INTERROGACIÓN PRECOZ DEL DISPOSITIVO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS (SUH)

P López Riquelme, E Álvarez Rodríguez, J Medina Ortega,
R Torres Gárate, C Leal Gutiérrez, R González González,
A Martín Martínez

Servicio de Urgencias. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid

PALABRAS CLAVE: arritmias-diagnóstico-tratamiento

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 72 años con antecedentes de infarto agudo miocardio y posterior taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) en 2015, con implante de DAI. Acude al SUH en Abril 2016 por sensación de descarga, comprobándose fibrilación auricular rápida que motiva descargas inapropiadas del DAI, tras lo que se pautan Betabloqueantes y amiodarona y se optimiza programación. Vuelve a Urgencias en Mayo 2016 por presíncope y descarga del DAI. El paciente se encuentra inquieto, con miedo a nueva descarga. No cambios en la medicación habitual, traumatismos o actividad física intensa. En exploración física no se objetivaron alteraciones generales ni en implante y las exploraciones complementarias fueron normales: analítica, Rx tórax (indemnidad cables, localización normal dispositivo) y ECG (rítmo sinusal sin isquemia o bloqueos). Se procede a sedación superficial con benzodiazepinas y monitorización ECG. Para descartar nueva terapia inapropiada por DAI se interroga el DAI en el SUH en colaboración con la unidad de arritmias. Los electrogramas almacenados muestran múltiples episodios en semanas anteriores, de TVMS, yugulados por rampas de terapia antiataquicardia (ATP), en el episodio actual se observa TVMS prolongada que no revierte tras 5 rampas ATP precisando choque eléctrico que consigue restablecer rítmo sinusal. Posteriormente ingresa para ablación del sustrato de la TVMS.

CONCLUSIONES:

Las descargas en portadores de DAI, pueden ser apropiadas o inapropiadas y dadas las grandes diferencias en cuanto a pronóstico y manejo de ambas entidades, es muy importante implementar estrategias de interrogación precoz de estos dispositivos en los SUH que permitan diferenciarlas. En aquellos hospitales sin posibilidad de realizarlo por cardiología, puede plantearse posibilidad de interrogación del dispositivo por parte de médicos de urgencias en contacto telemático con Unidades de Arritmias, de hecho, experiencias preliminares indican que esta estrategia permite optimizar el tratamiento y evitar complicaciones potencialmente graves sin efectos adversos. Por su impacto en el manejo y el pronóstico, es necesario desarrollar en todos los SU un procedimiento de interrogación precoz de los DAI, especialmente en aquellos pacientes acuden por descargas o síncope.

P-890

SÍNCOPE NEUROMEDIADO + FIEBRE = ¿SÍNDROME DE BRUGADA?

I Ayala Barroso (1), BB Rodríguez Pacheco (2)

(1) Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

(2) Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-Sur

PALABRAS CLAVE: syncope-Brugada syndrome-fever

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Brugada (SBr) es una canalopatía de transmisión autosómica dominante asociada a muerte súbita en pacientes, sobre todo varones, con corazón estructuralmente normal. Pudiendo estar asintomáticos durante toda su vida, sin embargo, hasta el 42% de los pacientes puede presentar síncope o muerte súbita como consecuencia de una arritmia ventricular. La fiebre, determinados fármacos o el consumo de cocaína son desencadenantes que pueden desenmascarar el patrón electrocardiográfico típico del SBr.

OBJETIVO:

Destacar la importancia de una buena historia clínica, exploración física y electrocardiograma ante todo paciente que se presente con un síncope en el servicio de urgencias, así como remarcar la presencia de fiebre como posible factor desencadenante.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 16 años con antecedentes de episodio sincopal hace 5 años (etiquetado como epilepsia y tratado con levetiracetam durante dos años, que se suspendió tras electroencefalograma normal), que acude al servicio de urgencias por presentar, en el contexto de cuadro catarral y fiebre, y mientras adquiría la bipedestación, cuadro sincopal con recuperación lenta. A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra asintomático, con tensión arterial 115/70 y temperatura = 37,7°C, se realizó electrocardiograma que mostró RS a 84 lpm, BIRDHH y ascenso del ST convexo en V1-V2, compatible con patrón de Brugada tipo 1. Tras normalización de la temperatura, el electrocardiograma seguía en RS, pero con normalización de las alteraciones de la repolarización descritas previamente. El paciente ingresó en planta de cardiología, volviendo a presentar patrón Tipo 1 tras test de provocación con flecainida. Se decidió, ante el antecedente de un único síncope de probable origen cardiológico 5 años antes, la implantación de Holter subcutáneo (sin eventos a los 6 meses de seguimiento).

CONCLUSIONES:

El electrocardiograma debe ser el pilar fundamental en el manejo del síncope en el servicio de urgencias, independientemente que tras la historia clínica tengamos claro su origen neuromediado o secundario a hipotensión ortostática. La presencia de fiebre, factor ambiental más conocido que desenmascara el SBr, debe ser un signo muy a tener en cuenta en pacientes que hayan presentado un síncope.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-891

DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS

Y López Albarrán, E Díaz Vera, LJ Arce Segura,
P Tranche Álvarez-Cagigas, J Del Cañizo Canto, J Valverde Sevilla

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: colitis ulcerosa-dolor abdominal-hemorragia gastrointestinal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: El dolor abdominal representa el 5-10% de las consultas en Urgencias. Es de difícil diagnóstico puesto que engloba cuadros de diversas etiologías y riesgo para el paciente. Una buena anamnesis y exploración física, identificando los síntomas de gravedad, es clave para un buen abordaje. La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno inflamatorio crónico del tubo digestivo con afectación sistémica a múltiples niveles, que puede debutar de muchas maneras. Un diagnóstico y tratamiento precoz controla la evolución y evita complicaciones. Paciente: Mujer de 70 años con AP de taquicardia supraventricular paroxística e hipotiroidismo, ex-fumadora. Cirugía de fístula anal hace años. Consulta por dolor abdominal tipo cólico desde hace 7 días, resistente a analgesia. Refiere episodios previos similares por los que nunca ha consultado. Rectorragia leve ocasional en el último año que ha atribuido a hemorroides, diarios en el último mes. Aumento de deposiciones, 5-6/día en el último mes, semilíquidas. No fiebre. Discreta astenia que atribuye al dolor. Dolores articulares frecuentes. No pérdida de peso ni anorexia. Exploración: BNHP, TA: 130/80, FC 100. Dolor intenso a la palpación en FII, con defensa voluntaria sin irritación peritoneal clara. Hemorroides externas grado II-III. Dedil con heces y restos escasos de sangre roja. Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Neoplasia de colon, Patología anorrectal, Isquemia mesenterica, Gastroenteritis infecciosa enteroinvasiva.. Resultados: Analítica: Leucocitos 14000. 10000 neutrófilos. Hb 10,3 mg/dl. VMC 80. Cr 1,0 mg/dl. PCR 80. TAC abdominal: Sin signos de diverticulitis aguda. Masa transmural a 10 cm de sigma que ocluye parcialmente la luz del colon. No lesiones a otro nivel. Colonoscopia: úlcera de 4 cm de fondo fibrinoso, con escaso sangrado activo y marcado edema periulceroso que estenosa parcialmente la luz, impide progresión de la sonda. Coprocultivo negativo. Biopsia: negativa para virus y bacterias. No displasia. Marcado componente inflamatorio, fibrina y restos hemáticos. Brote moderado de EII.

CONCLUSIONES:

Los síntomas iniciales y la analítica con elevación de reactantes orientaban a diverticulitis aguda. Ante los hallazgos del TAC se planteó una neoplasia de colon como primera posibilidad. La anatomía patológica descartó malignidad, con diagnóstico final de EII.

P-892

DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO: VÓLVULO INTESTINAL

L Andrés Berrián, MJ Noguera Marín, A Conejero Delltel, S Jiménez Zamora, M Martín Vallejo, R Faundez Mayo, G González Salazar

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: obstrucción intestinal-diarrea-vómitos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 73 años, con deterioro cognitivo en relación a enfermedad de Alzheimer, remitida a Urgencias por familiar por cuadro de ritmo intestinal alternante y vómitos de dos semanas de evolución, en relación a episodio de gastroenteritis aguda reciente. La paciente, de difícil valoración por situación neurológica sólo refiere molestias abdominales inespecíficas. Se mantiene estable, con buen control de cifras tensionales y se objetiva episodio de heces blandas sin productos patológicos de escasa cuantía, refiriendo la paciente estreñimiento intermitente. Ante cuadro sugestivo de suboclusión con abdomen timpánico se colocó SNG con buen respuesta clínica. Se completa estudio con analítica de control, con RFA y estudio radiológico objetivándose en este último vólvulo intestinal de gran calibre, con dilatación de asas de aproximadamente 10 cm. Al tratarse de una paciente con episodios previos de vólvulos, siendo este su 4º episodio, y comentado con endoscopia, se intenta de nuevo colonoscopia para revertir el mismo, siendo esta efectiva, y tras observación en Urgencias, se remite a consulta de cirugía para tratamiento definitivo por episodios de repetición.

CONCLUSIONES:

Los vólvulos constituyen una importante causa de abdomen agudo, por la gravedad de sus complicaciones. Consta de un mecanismo fisiopatológico común, que consiste en una obstrucción intestinal en asa cerrada, que provoca isquemia. Siendo las manifestaciones de éste bastante inespecíficas, el radiólogo tiene un papel muy importante en la identificación precoz de los signos de torsión más frecuentes.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-894

NEUROMIOTONÍA ADQUIRIDA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ISAAC'S SYNDROME)

L Andrés Berrián, MJ Noguera Marín, E Planchuelo Medina, S Jiménez Zamora, C Reche Caballero, A Conejero Delltel, G González Salazar

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: fasciculaciones-colitis ulcerosa-síndrome de Isaac

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 20 años, natural de Colombia con AP de Colitis ulcerosa, con suspensión de tratamiento biológico con Mesalazina en Julio 2015 por mejoría. AF de patología autoinmune. Acude a Urgencias en varias ocasiones por fasciculaciones aisladas de predominio en MMSS que se tratan con Rivotril y Gabapentina, sin clara mejoría de los síntomas. Acude de nuevo por presenta progresión de fasciculaciones en gemelos y cuádriceps, abdominales, con dificultad para dorsiflexión en marcha e hiporreflexia global. Presenta espasmos en numerosos grupos musculares de apariencia ondulante (mioquimias), de predominancia en ambos gemelos pero también se observan plantares, tórax...respetan musculatura facial y cervical. También presenta fasciculaciones linguales. Retraso en la relajación muscular en musculatura gemelar. Su madre comenta que no desaparecen durante el sueño. ROT apagados en extremidades superiores, rotulianos y aquileos a 2/4. RCPFB. Se completa estudio en Urgencias con analítica de control sin hallazgos, estudio radiológico con TAC craneal normal. Se comenta con neurología, sospechándose una neuromiotonía adquirida, en probable relación a enfermedad inflamatoria intestinal. - Analítica. Déficit de vit. D, ácido fólico, colesterol y albúmina, ferropenia. Iones normales. - Serologías negativas. - EMG: Actividad muscular continua que persiste durante el sueño. - Análisis de LCR, RM cerebro-medular, sin hallazgos significativos. - Biopsia colon. Proceso inflamatorio crónico inespecífico. Se inicia Imurel y carbamazepina y se objetiva mejoría de los síntomas. Juicio Clínico Neuromiotonía adquirida no asociada a neuropatía periférica en paciente con enfermedad inflamatoria intestinal (Probable Isaac's Syndrome). Se decidió alta a domicilio, pendiente de Ac antiGAD, CAS-PR2, LGI1 en LCR, a realizar por servicio de inmunología específico en Barcelona. El paciente no volvió a nuestro servicio desplazándose a su país de origen.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Isaac es un trastorno neuromuscular raro causado por la hiperexcitabilidad y la activación continua de los axones de los nervios periféricos que activan las fibras musculares. del tronco, aunque los síntomas pueden estar limitados a los músculos del cráneo. La mayoría de personas experimentan los primeros síntomas antes de los 40 años. Los anticonvulsivos, suelen ofrecer importante alivio de la rigidez, los espasmos musculares y el dolor asociados, sin embargo no tiene cura y el pronóstico a largo plazo es desconocido.

P-896

DOLOR PERFIL CORONARIO/PERFIL PERICÁRDICO

C M P, C M D, C G B, A V P, A A M, J V M, A C T

Urgencias. Hospital de Liria. Valencia

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-SCAEST-pericarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente 69 años traído con helicóptero SAMU por dolor centrotorácico irradiado a cuello y brazo izquierdo asociado a cortejo vegetativo de inicio 9 AM mientras subía cuesta y de 3 horas de duración. Dolor de perfil coronario. A su llegada al hospital asintomático. ECG SAMU elevación concava ST en v3 y v4 < 1mm. ECG hospital sin alteraciones. Ante sospecha SCAEST se adm AAS 300 + clopidogrel 300 vo. AP: sin interés Exporación física: ACP normal. Buenas constantes. Pruebas complementarias: Tpl A LAS 3 Y 6 horas normales. Control a las 12 horas 0.397 ng/ml Rx tórax: normal Se ingresa en sala cardiología con SCAEST. Tpl en sala 0.156 ng/ml. ECO DOPPLER: derrame pericardio moderado. Se sospecha miopericarditis: RNM: patrón de pericarditis con derrame pericárdico leve. Ausencia de isquemia inducible. Durante su ingreso presenta fiebre y dolor abdominal: tras ecografía se diagnostica de colecistitis aguda. Diagnóstico: pericarditis aguda y colecistitis aguda. Recibe tto con cefuroxima, ibuprofeno y colchicina.

CONCLUSIONES:

Dolores torácicos con perfil coronario pueden tratarse de cuadros de pericarditis que cursan con clínica atípica (ausencia de roce pericárdico, no presentaba dolor pleurítico, no empeoramiento con decúbito supino...) Y además en este caso asociado a una colecistitis aguda.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-897

¿UNA SIMPLE LUMBALGIA O ALGO MÁS?

A Fernández Gómez, P Fajardo Velasco, R Rivas Martínez,
F Lara Cabeza

Complejo Hospitalario de Jaen

PALABRAS CLAVE: lumbalgia-masa mediastínica-metástasis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 38 años con AP de enfermedad de Raynaud, acude a urgencias en el último mes en varias ocasiones, por cuadro de dolor lumbar que irradia a miembro inferior derecho. En todas los episodios se pautaron analgésicos, se realizó rx de columna lumbosacra sin hallazgos. En la última asistencia a urgencias la paciente además refiere astenia y deterioro de su estado general. Exploración: auscultación cardiaca con tonos rítmicos sin soplos, auscultación pulmonar mvc. Abdomen con hepatomegalia dura no dolorosa, dolor a palpación en región paralumbar derecha, MID disminución de fuerza 4/5. Analítica: Hb:9.8, VCM:81, VSG:40, PCR:17, RX de tórax: elevación de hemidiafragma izquierdo, con aumento de mediastino. Se decide ingreso para completar estudio: Tac de tórax y abdomen:: masa mediastínica anterior de densidad heterogénea y contornos lobulados, imágenes nodulares en parénquima pulmonar y mediastino. Hígado con múltiples lesiones metastásicas. RMN columna lumbosacra: imagen de partes blandas bien delimitada, localizada en foramina derecha con extensión intratecal, independiente de las raíces L5/S1, que realza con contraste sugerente de MTS epidural. BAG DE MASA MEDIASTINICA. carcinoma tímico de células escamosas pobremente diferenciado. SE deriva a paciente a servicio de Oncología y Radioterapia.

CONCLUSIONES:

El dolor lumbar es uno de los motivos más frecuentes en los servicios de urgencias, por lo que a veces puede pasar desapercibida otra patología que lo justifique, debemos estar alerta y realizar una buena anamnesis y exploración, completando el estudio con pruebas complementarias.

P-929

HIPOCALCEMIA, ARRITMIAS Y ENFERMEDAD DE FAHR.
ASOCIACIONES Y COINCIDENCIASI Soriano Soriano, MA Conejero Díaz, M Garrido Arce,
R Bermúdez Jiménez, MD Luna Guerrero, L de la Hera Salvador

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

PALABRAS CLAVE: hipocalcemia-bloqueo AV-segmento QT

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente 52 años, tiroidectomía en 1986 por Ca tiroides. Independiente. Habito enólico. Acude a urgencias por disartria y mano torpe, inestabilidad en marcha, sin síncope. A su llegada a urg se objetiva ECG con BAV completo, Bloqueo bifascicular y QTc muy prolongado. Ampliamos analítica, encontrando hipocalcemia severa, con HipoPTH. Curva de necrosis miocárdica con cTnI máxima 0.54 ng/ml, con traducción ECG de necrosis anterior. TAC cráneo con calcificaciones dispersas con imagen característica de enf de FAHR. El paciente pasa a Observación, recuperando la clínica de debilidad motora y disartria, persitiendo el BAV, y corrigiendo parcialmente el intervalo QT. Ingresa en planta, donde se realiza Ecocardio TT mostrando Miocardiopatía dilatada Juicio clínico al alta: BAV completo, Miocardiopatía dilatada con ligera disfunción VI, sd. coronario agudo sin elevación ST, atribuible a la bradicardia, calcificaciones cerebrales difusas características de enf. de Fahr.

CONCLUSIONES:

Paciente que inicialmente presenta clínica de déficit neurológico, pero que muestra trazado eléctrico muy llamativo, lo que orienta hacia un origen cardiogénico de la patología, igualmente la presencia de alteraciones en Tac condicionan la necesidad de enfoque multidisciplinar en el caso clínico. Las alteraciones del calcio son causa conocida de alteraciones de segmento QT pero no son causa de bloqueo AV, por lo que se sospechó origen isquémico de la patología, del mismo modo que la presencia de Miocardiopatía dilatada podía estar en relación con la hipocalcemia, y a su vez, ser causa de la isquemia miocárdica. Las pruebas complementarias son necesarias en el manejo diagnóstico de los pacientes, pero en ocasiones suponen factor de confusión en el origen de la patología que presentan.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-933

DOLOR TORÁCICO Y ¿TODO NORMAL?... UN RETO DIAGNÓSTICO

A Hernández Marcos (1), B Sierra Bergua (2), MF Daccach Navarro (1), M Lubián Martínez (3), RI Estellés Fernández (1), E Esteban Zubero (3), MP López Galindo (3)

(1) Hospital San Pedro. La Rioja. (2) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Hospital de Figueres. Girona

PALABRAS CLAVE: aneurisma-dolor torácico, aorta-aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

CASO 1: Varón 60 años sin antecedentes. Cuadro de dolor centrotorácico no irradiado con sudoración mientras iba en bicicleta, visto en centro de salud con constantes y electrocardiograma sin alteraciones, derivándose a domicilio. Horas más tarde acude a Urgencias por persistir leve molestia escapular derecha sin otra clínica asociada. Exploración: PA 140/90 mmHg, sat 99%, se ausculta soplo sistólico irradiado a carótidas. Se realiza ECG sin alteraciones (imagen 1), analítica con marcadores cardiacos normales, radiografía de tórax sin alteraciones. Finalmente se sospecha patología aórtica y se realiza angio-TC que confirma pseudoaneurisma de raíz aórtica con disección tipo A y hemopericardio (imagen 2). Se realiza sustitución valvular aórtica y del segmento O-I con evolución favorable. CASO 2: Mujer 56 años, hipertensa. Acude a urgencias por dolor en epigastrio y región centrotorácica de cuatro horas de evolución con náuseas. Afebril, consciente, PA 180/100 mmHg, Afectada por el dolor, resto anodino. Se realiza ECG, analítica con marcadores cardiacos y radiografía de tórax resultando anodinas. Se realiza angio-TC que confirma disección aórtica tipo A (imagen 3), la evolución fue desfavorable.

CONCLUSIONES:

El dolor torácico agudo es un motivo de consulta habitual en atención primaria y en Urgencias hospitalarias (5-20%). Por la diversidad etiológica y clínica, sigue siendo un reto diagnóstico que en muchas ocasiones condiciona la vida del paciente. La importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial en los pacientes que presentan dolor torácico agudo es fundamental, ya que en muchas ocasiones, las pruebas complementarias de primera línea pueden resultar normales como en los casos presentados. El síndrome aórtico agudo tiene una incidencia de 3/100.000 hab/año, más habitual en varones con edad media de 65 años. La HTA es el factor de riesgo asociado más frecuente (80%). Se caracteriza por un dolor agudo, severo, a veces pulsátil y migratorio pero la variabilidad clínica es frecuente. La exploración puede ser inespecífica pero en un 60% aparece soplo de insuficiencia aórtica. El ECG es normal en 40% de los casos y la radiografía de tórax en 20%. La técnica de elección para el diagnóstico es el angio-TC. El pronóstico suele ser adverso y tiempo-dependiente (la mortalidad aumenta el 2% por hora de retraso diagnóstico).

P-934

DIARREA CRÓNICA: FACTOR DISPARADOR DE CRISIS CONVULSIVAS

ML Aguayo Ocaña, J Beteta Moya, MD Fontecha Olid

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: crisis convulsivas-diarrea-hipomagnesemia severa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 64 años, antecedentes personales: HTA, Hipercolesterolemia e Hiperuricemia. Actualmente en tratamiento con: Simvastatina 40 mg, Adiro 300 mg, Alopurinol 100 mg, Omeprazol 40 mg y Atenolol 50 mg. En estudio en Sanidad Privada por cuadro de diarrea sin productos patológicos (5-6 deposiciones/día), astenia, parestesias en MMII, anorexia y pérdida de peso de unos 7 meses de evolución. Endoscopia negativa y TAC Tórax- Abdomen-Pelvis sin alteraciones. Pendiente de realización de colonoscopia. Acude al Servicio de Urgencias por presentar en los últimos 3 días dos episodios de movimientos involuntarios de las 4 extremidades, con mirada perdida, sin respuesta a órdenes verbales, de minutos de duración y cese espontáneo, quedando posteriormente agitado/desorientado. Relajación de esfínter urinario, no mordedura de lengua. A la exploración: neurológicamente no existen alteraciones, salvo dudosa dismetría en I-N, T-R izquierda y tándem con dificultad. Auscultación cardiorespiratoria normal. No soplos carotídeos. Pruebas Complementarias realizadas, destaca: Creatinina 1,6 mg/dl, con Urea normal, K⁺ 3 mEq/L y Calcio Plasmático 6,6 mg/dl (corregido con Proteínas Totales: 6,75). ECG y TAC Craneal normales. Se inicia tratamiento con sueroterapia, reposición de calcemia e hipopotasemia, y Levetiracetam 500 mg/12 Horas. Ingresa para vigilancia, control evolutivo y estudio en el Servicio de Neurología. Realizan Electroencefalograma, Ecocardiografía Transtorácica, RMN Craneal y Abdominal y Colonoscopia, sin evidenciar alteraciones significativas en las mismas. En control analítico solicitado, avisan de laboratorio tras detectar valores de Magnesio Plasmático: 0,2 mg/dl (Hipomagnesemia Severa). Pautan tratamiento intravenoso con Sulfato Magnésico y Gluconato Cálcico. Durante su estancia hospitalaria el paciente no presentó nuevos episodios de crisis ni focalidad neurológica, habiéndose normalizado los niveles de magnesio, calcio y potasio. Posteriormente se instauraron recomendaciones dietéticas y tratamiento farmacológico con Magnesio Oral (Magnekal NM 2.33 G:1 sobre/día), no requiriendo suplementos de Calcio/Vitamina D, pudiendo ser dado de alta. Retiraron tratamiento con Levetiracetam al no tratarse de una epilepsia primaria.

CONCLUSIONES:

Es muy importante destacar que ante un episodio convulsivo debe descartarse una causa metabólica, como la hipoglucemia, hiponatremia, hipokaliemia, hipocalcemia o hipomagnesemia. El Magnesio es el cuarto catión más abundante en el organismo. Interviene en más de 300 reacciones metabólicas. Su déficit puede ser debido a pér-



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

didias digestivas (entre ellas diarrea de cualquier causa) y renales, asociándose a menudo con múltiples alteraciones bioquímicas tales como hipopotasemia, hiponatremia, hipocalcemia y alcalosis metabólica. Origina alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares y neurológicas. Dentro de estas últimas pueden oscilar desde debilidad muscular y parestesias, hasta letargo, hiperreflexia, ataxia, tetania, convulsiones y coma.

P-936

DOCTORA, ME ESTOY MAREANDO

C Francés Gassó, **L** Sánchez Suárez, **MA** Juan Gómez,
P de Labaig Ramos, **ML** López Grima, **MB** Salvador Montero

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: bloqueo-síncope-traumatismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 60 años, natural de Ecuador, sin antecedentes médicos relevantes salvo hipertensión arterial y trastorno adaptativo en seguimiento por salud mental con situación sociofamiliar compleja. Acude a URGENCIAS por episodios de mareo de varios días de evolución, sin rotación de objetos, con sensación de inestabilidad, que suelen desencadenarse durante la marcha, autolimitados en escasos minutos, llegando a presentar 2 síncope, uno de ellos con traumatismo craneoencefálico. Sin episodios de disnea o palpitaciones y refiriendo un episodio de dolor torácico atípico de tipo pinchazo sin cortejo vegetativo la noche previa. La exploración a su llegada es normal, sin focalidad neurológica, TA 149/63 mmHg destacando únicamente bradicardia rítmica a 56 lpm sin soplos ni ruidos, sin ingurgitación yugular ni presencia de soplos carotídeos. Encontrándose en consulta, durante la exploración física en sedestación, avisa por notarse nuevamente sensación inespecífica de mareo sin otros síntomas, por lo que se decide realizar ECG objetivando racha autolimitada de BAV 2:1 que se continúa con un ritmo sinusal a 80 lpm con morfología de bloqueo completo de rama izquierda del haz de His con repolarización secundaria. Resto del estudio complementario dentro de la normalidad. Se decide monitorizar a la paciente, nuevamente asintomática, objetivando de forma más mantenida rachas de BAV 2:1. Se contacta con la Unidad de cuidados intensivos y se decide ingreso en dicha unidad para colocación de marcapasos.

CONCLUSIONES:

Es importante en las consultas por mareo, tan frecuentes en nuestro ámbito de trabajo, hacer una correcta anamnesis para identificar las posibles causas, dado el amplio abanico etiológico, y poder hacer así un adecuado abordaje terapéutico. Es fundamental a su vez, insistir en una exploración física y complementaria exhaustivas, en especial si el paciente se encuentra sintomático, con el fin de poder detectar patologías que pasen desapercibidas en intervalos del proceso libres de síntomas.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-937

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABUSO DE ERGOTAMINA

N S P, G Rodrigo Borja, M Clemente Murcia, L Castro Reyes,
L Andrés Berrián, T Vázquez Rodríguez, E Muro Fernández de Pinedo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: ergotamina-ergotismo-vasoespasmio coronario

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 52 años fumadora activa, con antecedentes de isquemia de repetición en miembros inferiores y superiores por autoconsumo crónico de ergotamina como antimigrañoso, acude por dolor torácico típico que cedió con nitroglicerina. Se encuentra en todo momento hemodinámicamente estable, con pulsos distales simétricos, con el resto de la exploración anodina. Aporta ECG de la ambulancia que presenta con dolor onda T negativas en V1-V4 y descenso del ST V3-V4, con normalización sin dolor. Moviliza enzimas miocárdicas por lo que se realiza cateterismo preferente mostrando lesión severa en la coronaria circunfleja media, siendo dada de alta como SCASEST.

CONCLUSIONES:

La clínica de la paciente, en contexto de abuso de ergotamina, planteaba diagnóstico diferencial con caso de ergotismo. El ergotismo fue descrito en IX, llamado fuego de San Antonio y posteriormente gangrena seca: se presentaba en sujetos que consumían centeno contaminado con *Secale Cornutum*, un hongo parásito cuyo micelo es rico en ergotamina, presentaban isquemia arterial aguda en vísceras y extremidades, que podía acabar en autoamputación, causando en ocasiones convulsiones y muerte por asfixia. La ergotamina es un alcaloide con acción simpaticolítica central y vasoconstrictora periférica por unión irreversible a receptores adrenérgicos y serotoninérgicos. Los casos de isquemia arterial secundaria al consumo de ergotamina se dan en pacientes con consumo crónico, presentándose en el 0,001%, con cantidades según la bibliografía superiores a 26 mgr por semana. La presentación más frecuente es la isquemia en miembros inferiores, siendo los casos de isquemia cardíaca excepcionales. Se planteó también diagnóstico diferencial con angina vasoespástica de Prinzmetal que es más frecuente en mujeres de mediana edad con otros fenómenos vasoespásticos asociados (migraña en nuestro caso), de aparición en reposo y con cambios transitorios en el ECG. El diagnóstico del ergotismo se realiza con la anamnesis y pruebas de imagen, su tratamiento consiste en la retirada del fármaco y uso de vasodilatadores como calcioantagonistas. Su consumo no debe exceder los 4 mg diarios o los 10 mg semanales. Si el consumo ha sido crónico, puede tardar meses en resolver el cuadro de isquemia, precisando también de anticoagulación según la mayoría de los autores.

P-938

PSICOSIS O NO PSICOSIS: HE AHÍ LA CUESTIÓN

C Crespo Martínez (1), A Crespo Martínez (2), F Martín Álvarez (3),
R Herrero Antón (1), P García Herrero (1), A Tejedor Montaña (4)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2) Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (3) Emergencias. Base Zamora. (4) Atención Primaria. Salamanca

PALABRAS CLAVE: encefalitis-trastorno psicótico-teratoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Acude a Urgencias, durante tres días sucesivos, una mujer de 30 años, sin antecedentes patológicos de interés. En la primera visita refiere cefalea pulsátil de comienzo insidioso, asociada a otalgia bilateral. Es dada de alta sin evidenciar patología urgente, después de realizar analítica y ser evaluada por ORL. Veinticuatro horas después acude por empeoramiento del estado general. En esta ocasión los síntomas predominantes pertenecen a la esfera psiquiátrica. Su discurso tiene un importante tinte psicótico. Valorada por el psiquiatra de guardia, es diagnosticada de: Síndrome de ansiedad, en relación con su situación vivencial. Se pauta medicación ansiolítica, a la espera de ser reevaluada ambulatoriamente por su Equipo de Salud Mental. Cuarenta y ocho horas después de la primera visita es trasladada a urgencias, por Crisis Comicial, en la que el médico del 112 ha presenciado solamente el periodo poscrítico, aún con cierta hipertonicidad y agitación posterior. Preciso sedación. Comienza la sospecha de cuadro de origen orgánico, incrementada por la aparición de fiebre de 38°. Se realizan pruebas complementarias orientadas en este sentido: analítica con PCR, TAC craneal y, al no encontrar alteraciones significativas, punción lumbar con extracción de LCR. Ante el resultado patológico del LCR, la paciente es valorada por Neurología para ingreso con el Diagnóstico de: Encefalitis linfocitaria, posiblemente herpética, pero, al inestabilizarse sus constantes, es trasladada a UCI. Una vez allí precisó ventilación asistida. Los anticuerpos para virus herpes resultan negativos y se comienzan a investigar otras causas. En eco abdominal se objetiva tumoración ovárica izquierda compatible con teratoma, que se extirpa por laparoscopia. El diagnóstico final es: Encefalitis límbica por Anticuerpos anti NMDAr (Receptores N-methyl-d-Aspartato).

CONCLUSIONES:

- Cualquier cuadro psiquiátrico de aparición abrupta puede llevar implícita una enfermedad orgánica subyacente.
- La buena praxis ante este tipo de casos nos obliga a realizar pruebas de imagen cerebral, e incluso otras más invasivas pero con mayor especificidad, antes de emitir un diagnóstico erróneo, que puede poner en peligro la vida del paciente.
- Las encefalitis autoinmunes, aunque son infrecuentes, suelen tener una etiología paraneoplásica, lo que obliga a investigar el tumor original..



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-942

SÍNDROME BULBAR SECUNDARIO A TROMBOSIS DE LA ARTERIA VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P Carrillo Fernández-Paredes, L Noblia Gamba, LR García Martínez,
A Lara Ramiro, LE Cárdenas Bravo, JM Berrospi Melgarejo,
M Carrillo López

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia

PALABRAS CLAVE: mareo-trombosis-arteria vertebral

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN El síndrome bulbar es un cuadro clínico heterogéneo, habitualmente de origen vascular, caracterizado por la disminución del flujo en la arteria cerebelosa posteroinferior y en algunos casos de la arteria vertebral. Presentamos un paciente con un síndrome bulbar secundario a la trombosis de la arteria vertebral de origen traumático. **OBJETIVOS** Urgencias neurológicas **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO** Hombre de 79 años, sin AP de interés que acude a urgencias con dolor cervical y mareo tipo inestabilidad que impide la deambulación y bipedestación. Refiere caída accidental en su barco al enredarse los pies con un cable, sufriendo TCE sin pérdida de conocimiento e hiperextensión del cuello. **RESULTADOS** **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** EF: postura cervical antiálgica en flexión, nistagmo a la derecha, ptosis palpebral derecha, hipofonía, reflejo nauseoso abolido bilateralmente. Hipoestesia dolorosa en hemicuerpo izquierdo, dismetría MSD. RCP derecho indiferente, sedestación con sensación vertiginosa, bipedestación con lateralización a la derecha. -Analítica: anodina. -ECG: bradicardia sinusal a 35 lpm con PR normal sin alteraciones repolarización. -Rx tórax/cervical/TAC craneal: normal -Eco Duplex troncos supraaórticos: ausencia de flujo en vertebral derecha, indicando probable estenosis severa/oclusión distal. Eco Duplex transcraneal: en origen de la basilar se detecta estenosis severa >80% que podría indicar disección. Signos de oclusión vertebral derecha distal y estenosis severa de origen basilar. RNM cerebral: lesión hiperintensa localizada en hemibulbo derecho compatible con lesión isquémica aguda. RNM cervical: ausencia de vacío de señal intraluminal en arteria vertebral derecha con hiperintensidad por trombosis. AngioTAC TSA-cerebrales: oclusión prácticamente total de la arteria vertebral derecha, posible disección. **EVOLUCIÓN:** Ingresa en unidad de ictus y se inicia tratamiento antiagregante con leve mejoría de la dismetría y dolor cervical, siendo posible la sedestación sin sensación vertiginosa aunque persistiendo la bipedestación inestable y la marcha imposible.

CONCLUSIONES:

Las causas más comunes de isquemia vertebrobasilar son el embolismo, la aterosclerosis de las arterias grandes, la enfermedad de las arterias pequeñas penetrantes y la disección arterial, siendo el origen traumático poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente con un síndrome bulbar secundario a traumatismo cervical.

P-943

FOCALIDAD NEUROLÓGICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA PULMONAR

P Carrillo Fernández-Paredes, L Noblia Gamba, LR García Martínez,
A Lara Ramiro, LE Cárdenas Bravo, JM Berrospi Melgarejo,
M Carrillo López

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia

PALABRAS CLAVE: metástasis-focalidad-adenocarcinoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN El adenocarcinoma de pulmón es más frecuente en mujeres y no tiene una relación estrecha con el tabaco aunque también aparece más en fumadores. Es habitual la diseminación a distancia por lo que los primeros síntomas en ocasiones no son los típicos pulmonares. Representa el 25% de todos los cánceres pulmonares. Presentamos el caso de un paciente con focalidad neurológica como primera manifestación de neoplasia pulmonar. **OBJETIVOS** Urgencias neurológicas **MATERIAL Y MÉTODOS** Varón de 46 años, fumador activo de 1 paquete/día. Consulta por presentar episodio de dolor cervical de 1 hora de evolución estando en reposo acompañado de espasmo en mano derecha y posteriormente blefaroespasmismo derecho autolimitado en 5 minutos. Posteriormente ha notado pérdida de fuerza en mano derecha. Además, desde hace una semana presenta episodios de marcha con lateralización a la derecha autolimitada en 30 segundos. **RESULTADOS** EF: destaca disminución fuerza MSD 1/5, resto normal. ECG: RS 66 lpm, sin alt repolarización. Analítica: normal Rx tórax: masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo. TAC craneal: imágenes inespecíficas de baja atenuación en lóbulo frontal derecho e izquierdo (supraorbitario) y lóbulo parietal izquierdo. TAC torácico: masa pulmonar central, localizada en LSI que infiltra grasa mediastínica. Adenopatías de localización hilar derecha, paratraqueales derechas, hiliares izquierdas y subcarinales. RNM cerebro: Incontables lesiones focales intraaxiales supra e infratentoriales con leve edema vasogénico, compatibles con metástasis supra e infratentoriales. PET-TAC: Estudio sugestivo de tejido tumoral viable en las lesiones descritas a nivel de la masa paramediastínica con afectación hilar izquierda y en las múltiples estructuras óseas. Lesiones cerebrales en ambos lóbulos frontales y en el lóbulo parietal izquierdo. **EVOLUCIÓN** Ingresa en Neumología para estudio. Tras diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma pulmón estadio IV inicia tratamiento quimioterápico paliativo, siendo éxitus a los 7 meses del diagnóstico.

CONCLUSIONES:

El adenocarcinoma de pulmón es frecuente que debute con síntomas extrapulmonares, en nuestro caso el paciente presentó focalidad neurológica como única manifestación.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-945

AFASIA DE BROCA COMO SÍNTOMA INICIAL DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SILENTE

G Ocete Burgos (1), A Pérez Ruiz (2), L Gómez Rodríguez (3), V López Fernández (3)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga. (2) Hospital Comarcal Axarquía. Málaga. (3) Hospital General Universitario de Málaga

PALABRAS CLAVE: broca's aphasia-myocardial infarction-embolic stroke**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Mujer, 56 años, con antecedente de HTA, fumadora 2 paquetes / día. Tratamiento: Atenolol 50 mg. Acude a urgencias por afasia motora de inicio brusco unas horas antes. No refiere dolor torácico en días previos ni ninguna otra sintomatología motora ni sensitiva. Exploración Física: ACR: Tonos Regular y Rítmicos sin soplos ni ruidos. Exploración neurológica: Glasgow 15, afasia motora, mínima desviación facial izquierda, no alteración motora ni sensitiva. Pruebas Complementarias A su llegada, siguiendo protocolo de ictus, se realiza analítica, Rx Tórax, TAC craneal y EKG. El EKG objetiva supradesnivelación de ST en II, III, avF, V4-V6, y avL por lo que se procede a determinación de troponinas (0,273 (1°)- 0,381 (2°)) resto de analítica sin hallazgos patológicos. Ecocardiografía: disfunción ventricular severa con segmentariedad propias de cardiopatía isquémica. TAC craneo: hipodensidad en territorio frontera entre ACM y ACP izquierda con retracción de hasta ventricular ipsilateral en probable relación con lesión isquémica antigua y hipodensidad en territorio de ACM izquierda en relación con signos precoces de isquemia. Angio-TAC de troncos supraaórticos: no stop de contraste ni estenosis de vasos. Evolución: No se realizó fibrinólisis ni trombectomía por estar fuera de rango horario. Se ingreso en servicio de cardiología donde presentó mejoría parcial de la afasia. J. Clínico: Infarto cerebral de origen cardioembólico con disartria residual. Infarto agudo de miocardio silente. Discusión: El 80% de los Accidentes Cerebrovasculares se debe a un infarto isquémico cerebral, siendo el 30% de origen cardioembólico, por la migración de un embolo proveniente de las cavidades cardiacas o del segmento proximal de la aorta torácica. El Infarto Agudo de Miocardio aumenta el riesgo debido a la formación de trombos en áreas infartadas discinéticas o acinéticas siendo el riesgo de ictus mayor en los infartos de cara anterior que en los inferiores. La incidencia de ictus en la fase aguda tras el IAM es de aproximadamente un 1%.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de infarto silente en la población general es de 20-30%, aumentando el porcentaje en diabéticos hasta el 40%, eso unido al porcentaje de ictus cardioembólicos pone de manifiesto la importancia de realización de EKG siempre ante sospecha de ictus.

P-959

SÍNDROME DE WÜNDERLINCH

CA Yago Calderón, E Caro Vázquez, D Fernández Vargas, M Pedrosa del Pino, B García Gollonet, E Rosell Vergara, EM Fragero Blesa

S. Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: hemorragia-dolor abdominal-síncope**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 80 años, HTA, Ictus isquémico previo sin secuelas por el cual se encontraba antiagregado e Insuficiencia renal crónica. Acude al servicio extrahospitalario por cuadro presíncopal en el contexto de dolor de tipo cólico en fosa renal izquierda, siendo diagnosticado de cólico renoureteral y dado de alta con tratamiento analgésico. A las 7 horas de dicha atención, sufre cuadro sincopal de un minuto de duración, sin prodromos, siendo atendido por ambulancia sanitaria que evidencia hipotensión con FC controlada y deriva a nuestras urgencias, donde se confirma hipotensión, se advierte dolor a la palpación de flanco izquierdo con dudosos signos de irritación peritoneal y puñoperCUSión renal izquierda +/- y se realizan analítica, EKG y radiografías de tórax y abdomen, que ponen de manifiesto: anemia no conocida Hb 8 g e insuficiencia renal crónica agudizada, por lo que se solicita eco +/- TC de abdomen que informa de la presencia de una colección hiperdensa perirrenal izquierda sugestiva de hematoma perirrenal que ejerce efecto masa sobre el parénquima renal, siendo diagnosticado de Síndrome de Wunderlinch y solicitándose valoración por Urología que decide actitud quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Wunderlinch, es una patología de presentación infrecuente pero potencialmente letal ya que puede pasar inadvertido inicialmente por su localización retroperitoneal, pudiendo ser su etiología de origen sistémico -trastornos de coagulación, vasculitis sistémica o discrasias sanguíneas- o de origen local -aneurismas de aorta abdominal, patología renal, de glándula suprarrenal o de otros órganos retroperitoneales. Sus causas más frecuentes de origen urológico son el angiomiolipoma y el carcinoma de células renales y su diagnóstico se realiza por ultrasonido y tomografía. Sus manifestaciones clínicas son variadas y constituyen un reto diagnóstico en el servicio de urgencias. Entre el 20% y el 30% de los casos presenta la triada de Lenk: dolor lumbar intenso, de inicio súbito, shock hipovolémico y masa en el flanco. El tratamiento debe ajustarse al estado clínico del paciente y la etiología, incluyendo en muchas ocasiones el manejo quirúrgico, aunque está descrito también el manejo médico.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-966

ANSIEDAD: LA GRAN ENMASCARADORA

A Irimia, L Canal Sordo, A González Rodríguez, MA Jaén Vera,
J Fonseca Ortega, EM Martín Ordóñez, S Rivas Menéndez

Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias

PALABRAS CLAVE: ansiedad-dolor en el pecho-rotura de la aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 89 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y artritis reumatoide, que presentó un episodio de dolor centrotorácico brusco, con palpitaciones y nerviosismo acompañantes. Fue valorada por Médico de Urgencias de Atención Primaria (UAP), quien, al objetivar leve mejoría, diagnosticó una crisis de ansiedad. Presentó episodio posterior de dolor torácico opresivo intenso, ¿como una puñalada?, irradiado a miembro superior izquierdo, con mareo y posterior pérdida de consciencia de varios segundos de duración, por lo que precisó valoración en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH). A la exploración se encontraba pálida, sudorosa, con signos de mala perfusión y tensión arterial sistólica de 70 mm Hg en ambas extremidades superiores. La auscultación cardiaca era rítmica con ruidos disminuidos. Ante la sospecha de taponamiento cardiaco, se realizó en SUH un ecocardiograma transtorácico (ETT), objetivándose aneurisma de aorta ascendente y hematoma periaórtico, hallazgos compatibles con disección aórtica tipo A. Se realizó angioTC para confirmación, observándose además marcado derrame pericárdico no presente en el ETT, siendo compatible con shock cardiogénico progresivo. Se solicitó valoración por parte del Servicio de Cirugía Cardíaca, pero dada la edad y el empeoramiento clínico de la paciente, se desestimó intervención quirúrgica, siendo finalmente éxitus.

CONCLUSIONES:

En UAP y en SUH son frecuentes las consultas por dolor torácico en contexto de cuadros de ansiedad, con sintomatología inespecífica, que puede simular cualquier otro perfil de dolor de tórax. Ello puede conllevar errores en el correcto diagnóstico y posterior manejo. Se debe realizar siempre una anamnesis y exploración orientada a un adecuado diagnóstico diferencial, realizando las pruebas complementarias que nos ayuden a orientar dicho diagnóstico. En nuestro caso, dada la comorbilidad de la paciente, resultaba fundamental descartar la patología de riesgo emergente, quedando la etiología ansiosa como última opción, después de excluir todas las causas orgánicas.

P-968

ROTURA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL
EN PACIENTE GESTANTE, UNA URGENCIA COMPLEJA

M Moreno Fernández, E Lagares Santana, F Muñoz Lara,
A Martín Páez

Hospital Regional de Málaga

PALABRAS CLAVE: ventriculoperitoneal shunt-complications-treatment

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 25 años de edad gestante de 32 semanas portadora de una válvula de derivación (VD) Ventrículo-peritoneal que acude por cefalea perifrонтal desde la mañana junto con visión borrosa y cierta desorientación tempero espacial. En TAC presenta un aumento de talla ventricular con respecto a RMN previa y en Rx c cervical se aprecia una rotura de catéter a dicho nivel, valorado por Neurocirugía se decide reparación local del catéter con anestesia local, desestimando una anestesia general por la situación gestacional de la paciente.

CONCLUSIONES:

Actualmente la Válvula de derivación (VD) ventriculoperitoneal es el tratamiento de elección de la hidrocefalia y el mielomeningocele y las disfunciones de las VD pueden ser mecánicas o infecciosas, y la causa más frecuente es la mecánica, por obstrucción del catéter, desconexión y fractura, sobre todo a nivel del cuello. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son vómitos, cefalea y fiebre (esta última en casos de infección), aunque la forma de presentación puede ser muy variable, e incluso en ocasiones se diagnostica de forma casual en revisiones rutinarias. La leucocitosis y el aumento de los reactantes de fase aguda en sangre además de alteración del LCR son casi constantes en los procesos infecciosos, mientras que en nuestro estudio, no se objetivaron alteraciones analíticas en las disfunciones mecánicas, dato que nos permite ayudar a realizar el diagnóstico diferencial de ambas etiologías. Por tanto, aunque las válvulas de VD ventriculoperitoneales son el tratamiento de elección de la hidrocefalia, no están exentas de complicaciones que comportan casi siempre una reintervención quirúrgica. La técnica y la asepsia quirúrgica así como, la profilaxis antibiótica son fundamentales para disminuir su incidencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-969

MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS E ICTUS

M Vázquez Suárez, AM Arango Selgas, L Villar Fernández

SAMU Asturias

PALABRAS CLAVE: Takotsubo cardiomyopathy-stroke-echocardiography**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 44 años recogida por uvi móvil en restaurante por clínica súbita de afasia expresiva leve (problemas para nominar algún objeto con parafrasis ocasionales) y facial central derecho leve con puntuación en escala NIHSS de 4. No disartria ni déficits motores ni sensitivos aparentes. Antecedentes de tabaquismo e hipercolesterolemia. En electrocardiograma rachas de bigeminismo e inversión de onda T en cara lateral. No dolor torácico ni clínica vegetativa asociada. Hemodinámicamente estable. En hospital se realizan pruebas complementarias destacando en analíticas una troponina T elevada y discreta elevación de etanol. En angiotac de perfusión cerebral: lesión isquémica cortical extensa en lóbulo temporal izquierdo que se extiende a lóbulo parietal con extensas zonas de bajo flujo y volumen que traducen escaso mismatch. En polígono de Willis obstrucción proximal de una de las ramas M2 izquierda correspondiente a rama parietal con escasa colateralidad. Cardiología realiza ecocardiograma transtorácico donde se observa acinesia de todos los segmentos apicales e hipercontractilidad compensadora de los basales, sugestivo de miocardiopatía de estrés. Tras fibrinólisis endovenosa ingresa en unidad de ictus.

CONCLUSIONES:

Nos encontramos ante una mujer joven con varios factores de riesgo cardiovascular que desarrolla un ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda (M2) y una probable miocardiopatía de estrés en relación con el proceso neurológico agudo. La mayoría de los casos de cardiopatía de estrés se dan en mujeres en edad postmenopáusica y generalmente precedidos de un episodio de estrés psíquico o físico, en este caso el episodio ictal. La forma de presentación más frecuente es un dolor torácico de características coronarias con ligera elevación de marcadores de lesión miocárdica y alteraciones electrocardiográficas (elevación de ST, ondas Q, ondas T negativas). Llama la atención en nuestro caso que la paciente niega en todo momento clínica coronaria alguna. El ecocardiograma transtorácico en estos casos evidencia variable disfunción de ventrículo izquierdo con las características dinámicas descritas en la historia clínica. Todas estas alteraciones son transitorias y reversibles. Un cateterismo normal o con lesiones no significativas apoyaría el diagnóstico.

P-970

PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO

M March Domingo, AM Falcó Callau, MM Berned Sabater,
AI Condón Abanto, I Grau Tost, L Mateo Gallego, J Ramos Rodríguez

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII

PALABRAS CLAVE: pseudoaneurysm-cardiac rupture-emergency medicine**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 84 años con antecedentes de neoplasia de mama y gástrica intervenida. Acude por síncope e hipotensión, vómitos y deposiciones diarreicas. A su llegada, consciente y orientada, normohidratada, palidez cutánea, eupneica. TAM>55mmHg, no taquicardia. Tonos rítmicos, apagados, sin rones, soplo sistólico eyectivo 2/6, crepitantes bibasales. Sin edemas. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Analítica sanguínea sin hallazgos y gasometría arterial con acidosis metabólica e hiperlactacidemia. Pico máximo Troponina I 0,06ng/ml. La radiografía de tórax muestra cardiomegalia, botón aórtico prominente y signos de redistribución vascular. ECG con RS 71lpm, PR 0.15s, QRS estrecho, bajos voltajes, T negativa I-AVL. Se inicia sueroterapia y furosemida iv por signos de PVC elevada, con diuresis >1ml/kg/h y resolución de la acidosis. Hipotensión mantenida, por lo que se realiza V-Scan cardiológico que objetiva pseudoaneurisma con trombo adyacente, derrame pericárdico moderado, sin compromiso de cavidades derechas. Se realiza TAC toracoabdominal: rotura focal de la totalidad del miocardio a nivel de tercio medio de la cara lateral del ventrículo izquierdo con formación de un pseudoaneurisma que crece en el interior de la cavidad pericárdica, de 50x38mm. Hemopericardio de 19mm de grosor máximo. Signos de IC (reflujo de contraste a VCI). Servicio de Cirugía Cardíaca de referencia rechaza intervención urgente por riesgo quirúrgico prohibitivo inherente a la edad. Se informa a familiares e ingresa en Unidad Coronaria para tratamiento médico de rotura contenida.

CONCLUSIONES:

El pseudoaneurisma ventricular izquierdo es una entidad clínica rara, debida mayormente a infarto agudo del miocardio. La rotura de la pared libre del miocardio típicamente resulta en colapso hemodinámico del paciente, debido a hemopericardio, taponamiento cardíaco y disociación electromecánica. Sin embargo, en casos excepcionales, la rotura es contenida por un hematoma organizado, pericardio y tejido fibroso, resultando en la formación de un pseudoaneurisma. A pesar de que hasta un 12% pueden permanecer asintomáticos, las formas más comunes de presentación son la insuficiencia cardíaca, el angor y la disnea. El diagnóstico temprano es importante debido a la elevada probabilidad de ruptura espontánea. La ecocardiografía es el estándar diagnóstico, con una exactitud del 97%. Debe programarse la cirugía inmediata, pero aún así, la mortalidad quirúrgica es elevada.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-973

LOS GUISANTES DE LA SUERTE

A Cherino Talens, A Vigo Peiró, B López Cañas, C Milián Donet, M Romero Martínez, E Ríos Sagastizábal, A Ayestarán Maso

Hospital de Liria. Valencia

PALABRAS CLAVE: broncoespasmo-dolor torácico-SCAEST

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 79 años hipertensa, dislipémica y con antecedentes de cardiopatía isquémica, portadora de stent coronario en 2006 que es remitida desde atención continuada para descartar broncoaspiración. La paciente refiere atragantamiento con dos guisantes de 24 horas de evolución y clínicamente presenta tos, malestar en hemitórax derecho con sensación de cuerpo extraño, y discreta sensación disneica. EF: TA, 126/72 mmHg. Sat.95% (sin O₂), FC: 80lpm. Eupneica en reposo. Neurológico sin focalidad. ACP: mvc con roncus en hemitórax derecho. Abdomen anodino. MMII: Pulsos pedios conservados. No signos de TVP. Pc: Solicitamos rx tórax AP que no presenta signos de consolidación, derrame pleural ni alteraciones de silueta cardiomediastínica. Durante su estancia en el S. Urgencias, presenta episodio presincope asociando náuseas, vómito copioso, palidez mucocutánea y molestias torácicas inespecíficas, por lo que se decide pasar a sala de terapia con canalización de acceso venoso, sueroterapia, solicitando analítica urgente y ECG. Recuperada del episodio que impresiona cuadro vaso-vagal la paciente refiere dolor precordial centrotorácico. En el ECG: Supradesnivel de 3mm derivaciones II, III, AVF por lo que se activa código infarto y pasa a sala de vitales. En sala de vitales se monitoriza (mantiene buen estado clínico y constantes dentro de la normalidad), admon 300 mg AAS, cloruro mórfico, metoclopramida y se inicia perfusión de solinitrina. Interconsultamos con Medicina Intensiva. La paciente es aceptada y trasladada con SAMU a S. Hemodinámica de hospital terciario de referencia. Se realiza Coronariografía en la que se aprecia dominancia derecha, calcificación de segmentos proximales y medios de ambas coronarias, oclusión muy calcificada y estenosis crónica de CD-3 que se consigue dilatar y en el que se libera stent recubierto de sirolimus. Estenosis 50% Cx-1 con stent previo. DA sin lesiones. La paciente se traslada de nuevo a nuestro hospital donde se ingresa en medicina intensiva para evolucionar de forma favorable y posteriormente pasar a planta de medicina interna.

CONCLUSIONES:

En medicina de urgencias cualquier signo o síntoma no debe pasar desapercibido. Ante un motivo de consulta puede subyacer otro mucho más importante que suponga un riesgo vital a corto o medio plazo para el paciente. ¡Siempre debemos estar alerta!

P-977

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO E ICTUS EN LA MISMA ASISTENCIA INICIAL: DECISIONES EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

A Sanjuán Linares, E Corral Torres, MI Casado Flórez, ML Sabín Gómez, ME Bustos Plaza, JA Barbolla García

SAMUR-Protección Civil. Ciudad de Madrid

PALABRAS CLAVE: myocardial infarction-stroke-atrial fibrillation

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Somos activados por varón de 58 años con alteraciones neurológicas sobre las 11:00 de la mañana del 14 de enero pasado dentro de una Clínica. Paciente, Médico que pasa consulta, esa mañana ha realizado un vuelo doméstico. Sus compañeros nos activan por un cuadro de presíncope, malestar general y comportamiento alterado (escribe con una linterna y se expresa en inglés) habla castellano en la consulta de forma habitual. Valoración Inicial: AP-HTA sin historia previa de cardiopatía ni arritmias. El cuadro lleva una media hora de evolución. Paciente consciente, orientado pupilas ICNR(3r-3r)FR(16) FC(94) TA(120-138) SatO₂(96)GLU(152), T^{36,7} ° Tira monitor RS con episodios de FA. No expresa dolor torácico. La primera dirección diagnóstica es hacia una Emergencia Hipertensiva con cuadro neurológico por lo que se pauta antihipertensivo por vía oral mientras se canaliza vía periférica y se prepara la realización de ECG 12 derivaciones. Paralelamente se solicita a la Central de comunicaciones Preaviso por Código ICTUS de posible origen Cardioembólico. La exploración Neurológica no se observan ni alteraciones motoras ni sensitivas, pares craneales dentro de la normalidad. De origen árabe, domina Inglés y Castellano. Destaca que en todo momento se dirige en Inglés, posible alteración del lenguaje. Se pauta ELGADIL 25mg IV. En total ECG evidencia una elevación hiperaguda del segmento ST de V3-V6 compatible con SCAEST por lo que se reevalúa la sintomatología inicial y AP. Se toma la decisión de realizar Doble anti agregación AAS+TICAGRELOL Se informa Hospital receptor de la Sospecha de SCAEST +Emergencia Hipertensiva+ICTUS En transferencia Neurólogos y Cardiólogos, paciente estable TA(177-90) FR(16)FC(100)SatO₂(96). Ecocardiograma se evidencia hipoquinnesia VI DCO Hospitalario ICTUS en el contexto de SCAEST. TAC Infarto dependiente ACMI. ACTP colocan STENT tronco coronaria izquierda y bifurcación DA, lesión CD en segundo tiempo. Elevación importante enzimas cardíacas con FE 40%. Buena evolución.

CONCLUSIONES:

Enfrentarse a un paciente con estas dos patologías simultáneas y relacionadas multiplica la dificultad en la toma de decisiones del primer contacto médico. No existe un nexo de unión en guías clínicas de ambas patologías Papel desencadenante que puede tener una Fibrilación Auricular de Novo en este caso.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-980

CAVERNOMATOSIS CON HEMORRAGIA PROTUBERANCIAL

Al Nogales García, MR Sanz de Barros, A Crespo Giménez,
A Revuelta Alonso

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

PALABRAS CLAVE: hipertensión-hemorragia cerebral-hipoestesia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso clínico: Varón de 28 años, con antecedentes de pericarditis infecciosa, nefritis intersticial IgA e hipertensión arterial con tratamiento hipertensivo hace años, que abandonó hace tiempo. Consulta refiriendo haberse despertado tras 3 horas de sueño con debilidad e hipoestesia en extremidades izquierdas, ptosis y parálisis de la mirada conjugada, sin fiebre, cefalea u otra sintomatología. Valorado por urgencias extrahospitalarias con TA 220/175, se administran 2 bolos de 20 mg de labetalol. A su llegada a urgencia hospitalaria se activa código ictus. Exploración y pruebas complementarias: T^a 36°C, TA 175/125 mmHg, FC 63 lpm, Saturación O₂ 96%. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal anodinos. Exploración neurológica, alerta GCS 15/15. Orientado en las 3 esferas. Lenguaje fluido, nomina, repite, comprende. Pupilas midriáticas. Ptosis ojo izquierdo. Restricción a la adducción de ojo izquierdo, y de adducción y abducción de ojo derecho. Bobbing a la mirada vertical. Campimetría por confrontación normal. PFC derecha leve (asimetría de sonrisa). Disartria leve. Hemiparesia de extremidades izquierdas. Anestesia Facio-braquio-crural izquierda en todas las modalidades sensitivas (tactoalgésica, térmica, vibratoria y propioceptiva). NIHSS: 8 puntos. Analítica: sin hallazgos. Rx tórax: normal. EKG: ritmo sinusal a 66 lpm, PR normal, QRS estrecho, no alteraciones agudas de la repolarización. TAC craneal: lesión hiperdensa protuberancial en probable relación con hematoma secundario a hemorragia hipertensiva, sin poder descartarse otras etiologías como una malformación cavernomatosa complicada con sangrado u otro tipo de hemorragia no hipertensiva. AngioTAC: sin signos de malformación arteriovenosa. RMN: cavernomatosis múltiple. Juicio clínico: Hemorragia protuberancial probablemente secundaria a cavernoma en contexto de crisis hipertensiva. Diagnóstico diferencial: causas vasculares (hemorragia intracraneal, infarto cerebral, vasculitis), traumáticas (hematoma subdural o extradural secundario) y otras (epilepsia, tumores, abscesos, esclerosis múltiple).

CONCLUSIONES:

Las crisis hipertensivas son motivo frecuente de consulta en la urgencia, habitualmente se trata de crisis hipertensivas asintomáticas o tan solo acompañadas de algo de cefalea o malestar general, pero en ocasiones se acompañan de complicaciones más graves como en este caso, que requieren una actuación rápida para evitar secuelas irreversibles posteriores.

P-985

SÍNCOPE, TRAUMATISMO FACIAL... Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

S Rivas Menéndez, Y Fernández Ramírez, S Francesena González,
P Agüera Fernández, D Fernández Gonzalo, MJ Turcios de Mendoza

Urgencias. Hospital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-mareos-palpitaciones

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 64 años que acude a urgencias por traumatismo facial. Se trata de un varón independiente para las actividades de la vida diaria, que no presenta antecedentes médicos de interés, sin factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos y que no toma medicación habitual. Al insistir en la anamnesis del motivo de la caída, refiere previamente durante esa misma tarde, dolor torácico opresivo sin irradiación ni clínica vegetativa, no palpitaciones. Al levantarse del sofá, sufre mareos con caída al suelo y traumatismo facial por lo que acude. En la exploración física, se encuentra pálido y sudoroso, con dolor facial, se observa herida incisa en dorso de la nariz y movilización de varias piezas dentales. Ruidos cardíacos rítmicos y auscultación pulmonar sin alteraciones. ECG: ritmo nodal a 40 lpm con elevación de 1.5 mm del ST en cara inferior con ondas T negativas a dicho nivel. Analítica con troponina T de 1600, sin otras alteraciones. Se comenta el caso telefónicamente con el servicio de cardiología de referencia, activándose código corazón y traslado a servicio de hemodinámica. En la coronariografía se objetiva oclusión trombótica de CD media, resto del árbol coronario con irregularidades sin lesiones significativas. Se realiza angioplastia con predilatación e implante de stent fármacoactivo en CD media. Debido al TCE Se realiza TAC craneal que descarta patología intracraneal aguda. Durante su estancia hospitalaria se solicita consulta cirugía máxilo-facial que realiza sutura de herida en arco ciliar y pirámide nasal y posteriormente proceden a extirpación de piezas dentales afectadas. Estando estable hemodinámicamente y asintomático se decide alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

Debemos destacar la importancia de una correcta anamnesis y una exploración detallada para obtener un correcto diagnóstico. En ocasiones, tendemos a centrarnos en esas lesiones que se encuentran localizadas en zonas mas visibles o que ocasionan mas dolor al paciente (como puede ser en este caso el traumatismo facial), pudiendo llegar a enmascarar otras lesiones potencialmente graves o mortales.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-986

EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE BLOQUEO BIFASCICULAR EN CONTEXTO DE UN CUADRO SINCOPIAL

F Yáñez Rodríguez, I Andrés Bergareche, S Muñoz Jacobo,
M Urdaz Hernández, R Sencianes Caro, MM Rodrigo López,
ML Catalán Ladrón

Hospital de Calatayud. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: bifascicular block-atrioventricular block-syncope

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: Los bloqueos bifasciculares (BBF) son una forma específica de trastornos del sistema de conducción. Su prevalencia es de un 1-1,5% en la población adulta según datos del estudio de Framingham. Los pacientes con BBF tienen mayor probabilidad de progresión a bloqueo auriculoventricular (BAV) avanzado y mayor riesgo de arritmias ventriculares, lo que comporta un aumento de la mortalidad respecto a la población general. Antecedentes personales: -Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en tratamiento -Tabaquismo activo de 20 cigarrillos al día -Sobrepeso -ECG previo: Bloqueo de rama derecha completa, y hemibloqueo anterior. No antecedentes familiares de cardiopatía precoz ni miopatía ni muerte súbita. Anamnesis: Varón de 41 años que acude tras 1 episodio sincopal en domicilio (en bipedestación, sin claros pródromos) y ECG en urgencias de BAV completo con ritmo de escape estrecho a 35 lpm (sin causa farmacológica que lo justifique). Ante este hallazgo se traslada para estudio cardiológico bajo perfusión iv de isoproterenol con recuperación del ritmo sinusal. Evolución: Durante su estancia en planta permanece estable y asintomático cardiológicamente. Se han descartado causas secundarias de BAV completo paroxístico en un paciente joven (fármacos, serología, patología neuromuscular). Finalmente se decide implantación de marcapasos definitivo sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

En los pacientes con BBF, el síncope y un intervalo HV prolongado en el estudio electrofisiológico (EEF) son predictores independientes de BAV avanzado. Las recurrencias sincopales se pueden suprimir con éxito mediante la implantación de un marcapasos permanente, aunque esta terapia no mejora la supervivencia.

P-987

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE HIPONATREMIA MEDICAMENTOSA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I Cebrián Ruiz, M Varela Patiño, M Villacorta Martín,
C Andreu Dalleres, MB Antón González, I González Manzano

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: serotonin uptake inhibitors-hyponatremia-inappropriate ADH syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Con frecuencia los casos de hiponatremia y/o SIADH se han asociado a medicamentos. El incremento de la edad poblacional y el número de pacientes polimedicados ha aumentado la prevalencia de casos de hiponatremia inducida por medicamentos. Mujer de 63 años con antecedentes personales de hipertensión y síndrome depresivo. Tratamiento habitual: irbesartan 150 mg, furosemida 40 mg y paroxetina 20 mg. Acude a urgencias por malestar general desde hace 3 días asociado a náuseas, vómitos y cefalea, además refiere sensación de calambres en ambos gemelos y debilidad generalizada. Exploración física: hemodinámicamente estable, afebril. Exploración cardiopulmonar normal. Abdomen sin hallazgos significativos. Neurológicamente sin focalidad. Analítica: hemograma normal, sodio: 124, potasio: 4.5, perfil hepato-renal, coagulación y sistemático de orina normales. Osmolaridad plasmática: 250. Radiografía de tórax normal. Se pauta tratamiento con suero salino hipertónico y furosemida, decidiéndose ingreso en Medicina Interna con orden de restricción hídrica. Durante su ingreso la paciente refiere bajo estado anímico y pese al tratamiento no se logra remontar los valores de sodio. Se realiza interconsulta a Psiquiatría que decide suspender paroxetina y se valora posibilidad de inicio de tolvaptan, que no se hizo ya que durante los días siguientes la paciente mejora clínica y analíticamente, alcanzado valores de sodio normales. Juicio clínico: Hiponatremia inducida por paroxetina.

CONCLUSIONES:

El cuadro clínico de una hiponatremia va a depender de la intensidad de la misma y de la rapidez con la que disminuya la concentración plasmática de sodio. En el algoritmo diagnóstico y terapéutico son clave el volumen extracelular y la osmolaridad. El riesgo de hiponatremia es mayor en pacientes tratados con antidepresivos, especialmente Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. Edad avanzada, sexo femenino, diuréticos tiazídicos, niveles de sodio en límite inferior y bajo peso aumentan el riesgo. El mecanismo de la hiponatremia secundaria al tratamiento antidepresivo consiste en la liberación excesiva de hormona antidiurética. Todos los ISRS pueden producir hiponatremia. Es importante el control de iones, así como la evaluación de factores de riesgo concomitantes en los pacientes en tratamiento con antidepresivos, cosa que no es frecuente en la práctica clínica.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-988

COORDINACIÓN EN URGENCIAS EXTRA E INTRAHOSPITALARIAS, GARANTÍA DE ÉXITO. A PROPÓSITO DE UN CASO

MJ Huertas Sánchez (1), E Quero Motto (1), MI Navarro Aguilera (2), Y Jarabo López (1), A Cazorla Méndez (1), M Lozano Jiménez (1), Y Morales Marín (1)

(1) H. Virgen de la Arrixaca. Murcia. (2) UME 14

PALABRAS CLAVE: disección coronaria-síndrome coronario agudo-muerte súbita

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 39 años que ingresa por parada cardiorrespiratoria extra-hospitalaria. Antecedentes personales sin interés. Acude sobre las 10:30h a nuestro servicio de urgencias hospitalario por dolor torácico izquierdo atípico con ECG sin alteraciones, por lo que se da de alta. Sobre las 12:00h presenta pérdida de conocimiento en un supermercado. Emergencias llega en 5 minutos, objetivando asistolia. Se inicia RCP presentando FV y TV sin pulso, requiriendo CVE, con ritmo sinusal posterior. Se realiza IOT y se comunica traslado urgente a los servicios receptores. A su llegada nueva asistolia, se inicia RCP, recuperando ritmo sinusal en pocos minutos. En ECG (tras recuperación de ritmo) Ritmo sinusal con elevación ST II, III, AVF, V2-V5, descenso de ST en I y AVL. Se realiza coronariografía que muestra disección espontánea de DA (que no se trata). Se produce disección iatrogénica de CD que se trata con implante de dos stents. Permanece ingresada con buena evolución, extubación satisfactoria, sin secuelas neurológicas y debilidad muscular con recuperación progresiva. Con diagnóstico definitivo de Infarto anterior e inferior por disección espontánea DA, iatrogénica en CD, con extensión a seno de Valsalva derecho. FEVI normal con alteraciones de la contractilidad en cara inferior, es alta a domicilio quince días después, pendiente de genética e inmunidad. Sin secuelas físicas ni neurológicas, con medicación antiagregante y bisoprolol, así como abstinencia de esfuerzos físicos.

CONCLUSIONES:

La disección de arterias coronarias es una entidad muy infrecuente, suele afectar a mujeres jóvenes en relación con cambios hormonales, enfermedad aterosclerótica, vaculitis, enfermedades del colágeno, cocaína, ejercicio físico intenso y determinados fármacos como anti-conceptivos y citostáticos. Clínicamente variable desde ángor de esfuerzo, síndrome coronario agudo hasta muerte súbita. El tratamiento no está estandarizado y va desde la cirugía, tratamiento endovascular y en algunos casos tratamiento médico. En nuestro caso, resaltar la actuación inmediata de los servicios de urgencias extrahospitalarias, con una reanimación efectiva y una coordinación precoz con los servicios hospitalarios implicados. Todo ello permitió salvar una vida en una paciente joven con patología potencialmente mortal y sin secuelas al alta.

P-998

LA IMPORTANCIA DE CONOCER LA CLÍNICA, POR SENCILLA QUE PAREZCA

B Tarragón Estébanez, M García-Uría Santos, A San Martín Espinosa, R Capilla Pueyo

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: prurito-pierna-eritema nudoso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 45 años que acude a Urgencias por lesiones cutáneas bilaterales en miembros inferiores de 4 días de evolución, pruriginosas. Sin antecedente traumático reciente, fiebre ni clínica respiratoria. Niega picaduras de insecto o heridas, ni tampoco viajes al extranjero. Como antecedentes personales destaca paquigiria/polimicrogria en circunvolución frontal superior izquierda, con epilepsia secundaria, en tratamiento con Carbamazepina y Keppra. En la exploración física se observan múltiples lesiones nodulares subcutáneas, dolorosas a la palpación, distribuidas por cara anterolateral de ambos miembros inferiores. La piel suprayacente presenta coló violáceo y discreta descamación. Sin edema asociado ni signos de trombosis venosa profunda, ni adenopatías palpables en cadenas ganglionares accesibles. Se realiza analítica que muestra elevación de reactantes de fase aguda, con valores de PCR 220 y procalcitonina de 0.2. Radiografía de tórax y electrocardiograma sin alteraciones. Se solicita valoración por Medicina Interna y Dermatología para confirmar diagnóstico de eritema nodoso, siendo dado de alta con Indometacina 50mg cada 8 horas y medidas no farmacológicas. Realizadas de forma ambulatoria analítica con perfil autoinmune, serología de toxoplasma, ASLO, y sífilis, además de Mantoux, con resultados negativos. La biopsia cutánea confirma diagnóstico de sospecha.

CONCLUSIONES:

El eritema nodoso es una paniculitis septal caracterizada por brotes de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos, de predominio en región pretibial de ambas extremidades inferiores. Es frecuente la escasa movilidad sobre planos profundos, por estar adheridos a dermis e hipodermis. Su incidencia aumenta al final del invierno, y tiene una presentación clínica tan característica que suele plantear pocos problemas en su diagnóstico, si estamos familiarizados con dicha entidad. Un estudio histológico nos ayuda a su correcta clasificación ya que existen diversas formas clínicas. El curso evolutivo suele ser autolimitado, siendo frecuentes las recidivas. El tratamiento debe ser etiológico y sintomático, con un pronóstico favorable excepto en los casos asociados a tuberculosis.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1003

SÍNCOPE EN PACIENTE DE 85 AÑOS

**P González Jiménez (1), E Rodríguez Conesa (1),
N Espina Rodríguez (2)**

(1) Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga. (2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: phrenic paralysis-dyspnea-syncope

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

No alergias medicamentosas conocidas. HTA, Dislipemia, DM. Intervenida hace 2 semanas por insuficiencia mitral severa, precisando implantación de anillo Physio. Mujer de 85 años de edad que refiere desde intervención quirúrgica, disnea de moderados esfuerzos que va en aumento hasta ser de reposo esta mañana. Astenia acompañante. No otra clínica respiratoria. No fiebre. No ortopnea ni DPN. Acude a Centro de Salud presentado síncope sin pódromos con parada respiratoria. Es derivada a Hospital de referencias donde a la llegada se objetiva aceptable estado general, eupneica en reposo. Sin otros datos a destacar. Pruebas complementarias: - Analítica sanguínea: destaca Dímero D 1215 - Radiografía tórax: elevación hemidiafragma derecha significativa no presente en radiografías previas - ECG: RS a 89 lpm sin alteración de la repolarización - AngioTAC: sin signos de tromboembolismo pulmonar - Ecocardiografía: buena apertura de válvula mitral con anillo protésico. Función ventricular conservada. Juicio clínico: Disnea en relación con parálisis frénica. Diagnóstico diferencial: SCASEST, Tromboembolismo pulmonar, insuficiencia mitral severa por alteración anillo implantado. Tras resultados de las pruebas complementarias, se realiza ingreso a cargo de Cirugía Cardíaca.

CONCLUSIONES:

Evolución favorable en planta tras ejercicio de rehabilitación con importante mejoría de la disnea. La paciente al alta deambulación sin episodio de disnea acompañante e importante mejoría radiológica. La parálisis frénica habitualmente es unilateral, pudiendo ser de etiología idiopática, o como es en nuestro caso, tras una intervención quirúrgica. En ocasiones se puede presentar asintomática no precisando tratamiento o sintomática precisando ejercicios de rehabilitación, plitatura quirúrgica, ventilación mecánica o marcapasos frénico.

P-1005

DOCTORA, NO PUEDO SEGUIR ASÍ

**R Antúnez Ganga (1), M Ibáñez López (2), MJ Fernández Rodríguez (2), D Fernández Valdivieso (3), L Ramírez Utrero (4),
FM Rodríguez Rubio (5)**

(1) Centro de Salud Ugíjar. Granada. (2) Centro de Salud Caravaca. Murcia. (3) Centro de Salud Almoradí. Alicante. (4) Centro de Salud El Cabo Huertas. Alicante. (5) Centro de Salud Calasparra. Murcia

PALABRAS CLAVE: bloqueo auriculoventricular segundo tipo II-bradicardia sintomática-indicación marcapasos

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 59 años con antecedentes personales de: alérgica a lorazepam, síndrome de túnel carpiano derecho intervenido y osteoporosis, acude a consulta por presentar desde hace una semana dolor centrotorácico irradiado hacia espalda, opresivo, desencadenado con esfuerzos, de 10-15 minutos de duración, asociado a sudoración, palpitaciones y disnea de moderados esfuerzos. En los últimos días ha presentado cifras tensionales elevadas. En la exploración física presenta TA de 160/80 mm de Hg, se encuentra eupneica y en la auscultación cardíaca destaca un ritmo a 45 lpm y un soplo sistólico sin signos de insuficiencia cardíaca. Al realizar ECG se detecta un bloqueo auriculoventricular (BAV) 2:1 con QRS estrecho, por lo que es derivada al cardiólogo. En ECG realizado posteriormente presenta un ritmo sinusal a 75 lpm y en ecocardiograma se detecta una alteración de la relajación del ventrículo izquierdo y una esclerosis del anillo mitral sin repercusión funcional, sin observarse otras alteraciones. Se diagnostica de BAV 2:1 paroxístico sintomático decidiéndose su ingreso en planta para estudio ante la sospecha de cardiopatía isquémica con angina y enfermedad coronaria derecha. Se le realiza un angio-TAC de arterias coronarias descartándose estenosis de las mismas y se decide implantarle un marcapasos bicameral.

CONCLUSIONES:

La bradicardia puede aparecer cuando disminuye la conducción a través del nódulo AV, con lo cual la frecuencia ventricular se torna ineficaz y surgen posibles síntomas como consecuencia. El bloqueo de segundo grado tipo II se caracteriza por ineficacia intermitente de la conducción de la onda P, sin cambios en los intervalos PR o RR anteriores. Si el bloqueo AV es 2:1 puede ser difícil de diferenciar del bloqueo tipo I. El bloqueo de segundo grado tipo II puede acompañarse de varias ondas P no conducidas, situación llamada bloqueo AV paroxístico, y denota notable afectación del sistema de conducción, constituyendo una indicación para colocar un marcapasos permanente. La estimulación artificial temporal o permanente con marcapasos es la medida terapéutica más fiable en individuos con síntomas de la enfermedad del sistema de conducción AV. La técnica más empleada es el uso de estimulación transcutánea.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1008

¿ES ESTRÉS, DOCTORA?

A Arias Rosario (1), V Báez Pimental (1), A Moronta de la Cruz (2),
D Rosario Lapaix (1), S Méndez Desena (3), L Alcantara Feliz (4)

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia. (2) C. S. San Cristóbal. (3) C. S. Puerto Llano. (4) C. S. Santa María del Páramo

PALABRAS CLAVE: síncope-cardiología-estabilidad

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 38 años sin antecedentes de interés, NAM. Antecedentes familiares de tío y primo paterno muerte súbita, acude al servicios de urgencias de PAC por presentar sensación de mareo con diaforesis y palpitaciones. Refiere en el último mes ha presenta 4 episodios sincopales y palpitaciones y dolor torácico sin relajación de esfínteres, con buena recuperación posterior, que no le ha dado mucha importancia porque ha tenido mucho problemas en su trabajo y personales. Exploración Física: TA: 120/70 78lpm, ST02: 97%. A su llegada sensación de mareo diaforesis profusa, AC rítmico no soplos audibles resto exploración normal, se realiza ECG, donde se objetiva, ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha con elevación del ST en V1-V2 e inversión de onda T, compatible con Síndrome de Brugada, por lo que decido derivar al servicio de urgencias por su antecedentes familiares de muerte súbita.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Brugada, es una enfermedad poco frecuente y con una alta mortalidad, por lo que es de gran importancia conocerla y sospecharla en pacientes con clínica compatible. Al analizar este caso el síncope fue la manifestación clínica inicial, pero presentaban características atípicas que podían dificultar el plantear el diagnóstico. El síncope con pródromo puede llevar a interpretar el fenómeno como neurológico y no cardiogénico, sabemos que si bien no es la forma de presentación habitual, se han descrito casos aislados de síncope con pródromo en pacientes con Síndrome de Brugada. Para su confirmación, se realizó un test de provocación con flecaína (400 mg v/o única dosis), que resultó positivo al evidenciarse el pasaje del patrón ECG tipo II al tipo I. Dado que la presentación clínica era atípica (síncope con pródromo), se completó la valoración diagnóstica con un estudio electrofisiológico. El mismo resultó positivo al inducirse una FV con dos extraestímulos. Como tratamiento se procedió a la colocación de un CDI con buena evolución.

P-1022

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA PATOLOGÍA ABDOMINAL

MA Javierre Loris, T Fernández Letamendi, S Alcalde López,
MP Oliete Blanco, V Estaben Boldova, E Alonso Formento

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: pneumoperitoneum-acute diverticulitis-bone scan

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 56 años con antecedentes de histerectomía por metrorragias acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso de 12 horas de evolución sin náuseas ni vómitos. Refiere episodios esporádicos de hematoquecia en los últimos meses por lo que no habían consultado antes. A su llegada a Urgencias TA: 145/62, FC: 69 latidos por minutos, temperatura: 36.9°C, SatO2:99%. Consciente, orientada, no palidez cutánea, normohidratada. En la exploración general la auscultación cardíaca y pulmonares fueron normales. A la palpación abdominal existe dolor abdominal difuso, con defensa en hemiabdomen izquierdo, peristaltismo conservado. Ante los hallazgos en la exploración se solicita analítica completa, radiografía de tórax y abdomen y electrocardiograma. Los resultados fueron los siguientes, destaca un leve leucocitos: 14.500, neutrófilos: 80% sin otras alteraciones en el hemograma, bioquímica con creatinina e iones dentro de parámetros normales y coagulación anodina. Los marcadores de inflamación PCR es de 17.41 y la PCT es de 0.10. En la radiografía de tórax que se realiza antero- posterior y lateral se observa claramente fina línea compatible como neumoperitoneo, hallazgo clave que activa una cascada de actuación rápida en Urgencias para diagnosticar y tratar de forma precoz a la paciente, cuyo estado general era ¿aparentemente mejor? de lo esperable para su patología. Se solicitó TAC abdominal con el diagnóstico de diverticulitis aguda perforada y neumoperitoneo secundario. Se mantuvo tratamiento con fluidoterapia y antibiótico de amplio espectro desde el primer momento. Manteniendo a la paciente monitorizada y permaneciendo en todo momento estable hemodinámicamente. La paciente fue trasladada de forma urgente a quirófano para intervención quirúrgica urgente tras ser valorada por su parte.

CONCLUSIONES:

La radiografía de tórax es una de las exploraciones básicas en la medicina de Urgencias debido a la elevada frecuencia en la que se solicita, la información que aporta y su escaso coste económico. Orienta tanto en el diagnóstico cardiopulmonar como en los procesos abdominales que encubren cierta gravedad. Como toda prueba complementaria debe estar siempre valorada con la clínica pero puede ser de gran valor en ciertas patologías urgentes, y debe analizarse con detenimiento.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1023

DOCTOR, NO PUEDO PONERME EN PIE

B Sánchez Pina, S Vargas Iglesias, P Mesa Rodríguez,
J Avellaneda Cortés

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: polimialgia reumática-arteritis de la temporal-debilidad muscular**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón 62 años que acude a urgencias por poliartralgias de predominio en cintura escapular y pelviana. Antecedentes personales: exfumador. Hipertensión y dislipemia en tratamiento. Cardiopatía isquémica revascularizada. AIT con pérdida de visión (amaurosis fugaz). El paciente refiere cuadro de una semana de evolución de debilidad y dolor en cintura escapular y pelviana, con rigidez matutina. Niega pérdida de peso, alteración de la visión, cefalea. Afebril. Exploración: presenta buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal. Exploración neurológica: marcada debilidad de cintura pelviana, con dificultad extrema para ponerse en pie e imposibilidad para la deambulación. Debilidad de cintura escapular con dificultad para elevar los brazos. Resto de exploración neurológica sin hallazgos. Pruebas complementarias: analítica(a destacar): PCR 99.3mg/l, VSG 50mm/h, CPK 54mU/ml, hemoglobina 127g/l. Se diagnostica de polimialgia reumática. Se inicia tratamiento con prednisona 20mg/24h. Dos días después acude por continuar con poliartralgias y además cefalea hemisférica de instauración reciente. El paciente refiere que nunca ha tenido una cefalea similar. Exploración: similar a la anterior salvo por cierta mejoría de poliartralgia, Disminución del pulso a la palpación de arterias temporales. PPCC: analítica PCR 98, VSG 26mm/h, hemoglobina 127g/l. Se procede al alta con diagnóstico de polimialgia reumática con sospecha de arteritis de la temporal asociada sin confirmación. Tratamiento con prednisona 40mg/24h durante un mes y acudirá a consultas de MAP para reevaluación tras realizarse ECO doppler de manera preferente. Un mes después el paciente se encuentra asintomático, se le realiza analítica de control con proteinograma, ANA, RFA para afianzar el diagnóstico diferencial. La Ecografía doppler de arteria de las temporales se encuentra dentro del límite de la normalidad. Se comienza a descender la pauta de corticoides tras la remisión sintomática y los hallazgos analíticos.

CONCLUSIONES:

El tratamiento indicado de la polimialgia reumática son corticoides a dosis bajas. En el caso de mal control de los síntomas se incrementará la dosis, no por alteración en los reactantes de fase aguda. Ante sospecha de arteritis de la temporal lo primero es iniciar tratamiento corticoideo a dosis altas, evitando así eventos isquémicos, antes de proseguir el estudio. Se ha visto la utilidad de la ecografía doppler y su correlación diagnóstica con la biopsia.

P-1024

¿QUÉ SE ESCONDE TRAS EL DOLOR TORÁCICO?

E Minciuna O (1), E Toloza (2), A Ibarra Bolt (2), MJ Lizaso
Arruabarrena (1), ME Zubietta Floristan (1), A Isturiz Abadía (1)

(1) Centro de Salud de Huarte. Navarra. (2) Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: aorta-úlceras-dolor**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente que acude por dolor torácico de características isquémicas que irradia a cuello y escápulas de dos horas de evolución y tiene relación con el esfuerzo. (Primer episodio) Se realizan ECG seriados así como seriación enzimática siendo todo negativo. Se administra diferente analgesia con la cual no cede el dolor (incluida solinitrina). Se realiza dímero d que es negativo y Se Descarta tep. Se decide realización de tax torácico donde se observa úlcera en el cayado de la aorta. Cirugía vascular decide tratamiento conservador

CONCLUSIONES:

El dolor torácico es una patología muy frecuente y tras el existe un amplio diagnóstico diferencial el cual es importante tener en cuenta para que no se nos escapen patologías graves. Dentro de estas se encuentran la enfermedad aórtica que aunque su presentación mas frecuente Es la disección no debemos olvidar patología como las úlceras que aunque menos frecuentes Dan una clínica florida.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1025

TAKOTSUBO POR HIPERTIROIDISMO

A Minciuna O (1), E Toloza (1), FJ Lucas Lerga (1), A Ibarra Bolr (1), MJ Lizaso Arruabarrena (2), ME Zubieta Floristan (2)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra. (2) C. S. Huarte. Navarra

PALABRAS CLAVE: Takotsubo-hipertiroidismo-SCACEST

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 59 años sin antecedentes de interés, excepto pérdida de 15 KG de peso en un mes que acude en uvu-móvil por un episodio de dolor centrotorácico opresivo con irradiación a cuello y ESI de dos horas de evolución y con un EKG con elevación del ST en cara anterior. Se le administra AAS y heparina i.v derivándose a cardiología para realización de cateterismo. Allí se observa coronarias normales con disfunción de VI, por lo que se diagnostica de Síndrome de Takotsubo.

CONCLUSIONES:

Dentro del SCACEST se encuentra el síndrome de Takotsubo que se caracteriza por una clínica compatible de SCACEST pero en el cateterismo se encuentran coronarias normales y disfunción apical del ventrículo, que hace que el corazón tome forma de una vasija oriental para guardar pulpos. Normalmente es frecuente en mujeres y en situación de estrés, en este caso desencadenado por un hipertiroidismo no diagnosticado.

P-1027

DISFONÍA COMO SÍNTOMA DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

N Sevilla Ramírez, S Sánchez Martínez, E Pérez García, A Álvaro Calero, P Morera Pérez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: dysphonia-aortic aneurysm-emergencies

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes Personales: - No reacción alérgica medicamentosa. - No factores de riesgo cardiovasculares. - Intervenciones Quirúrgicas: esplenectomía, resección intestinal y prótesis Aórtica. Enfermedad Actual: Varón de 55 años que consulta por tos y expectoración de dos semanas de evolución que no mejora con la medicación prescrita. Desde hace cuatro días presenta disfonía y ayer consultó por opresión torácica, por lo que se realizó radiografía de tórax derivándose posteriormente al servicio de urgencias de nuestro hospital. Exploración: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Hemodinamicamente estable. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible. No doloroso. No masas ni megalias. No signos de peritonismo. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos conservados. Pruebas Complementarias: - Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 latidos por minutos. No signos de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización. - Radiografía de Tórax: Ensanchamiento mediastínico a nivel superior izquierdo. - Bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones significativas. - Angiografía por tomografía computada de Tórax: se observa permeabilidad de la aorta ascendente, cayado proximal y troncos supraaórticos, opacificándose adecuadamente lo que corresponde a la prótesis que une la aorta ascendente con el tercio medio de la aorta descendente, rellanándose de contraste nuevo aneurisma o pseudoaneurisma de cinco centímetros, que junto con el trombo mural, ocupan todo el vértice del hemitórax izquierdo. No imagen sugestiva de rotura ni extravasación del contraste. Juicio Clínico: Síndrome Aórtico Agudo. Plan de Actuación y evolución: Se contacta con el servicio de Cirugía Torácica y con la Unidad de Cuidados Intensivos y se decide el ingreso en ésta última. A las 72 horas se implanta tubo aórtico ascendente-descendente. Al retirar la sedación mantiene cuadro de bajo nivel de conciencia con exploración neurológica y tomografía computarizada de cráneo compatible con encefalopatía hipoxico-isquémica grave. Se realiza electroencefalograma compatible con signos de disfunción cerebral difusa, por lo que se decide asegurar el confort del paciente y retirar las medidas de soporte vital.

CONCLUSIONES:

Con este caso clínico queremos resaltar la importancia del diagnóstico precoz en patologías con una alta morbi-mortalidad como es el síndrome aórtico agudo.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1028

RABDOMIOLISIS SEVERA TRAS EJERCICIO INTENSO (SPINNING).
CASO CLÍNICO EN URGENCIAS

E Muñoz Alonso, P Alonso Chacón, C Avellaneda Martínez,
I Marcos Sánchez, S Gil López, M Gutiérrez de Antonio

Servicio de Urgencias. Hospital General de Segovia

PALABRAS CLAVE: rabdomiolisis-mioglobulinuria-fallo renal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: La rabdomiolisis es un síndrome que se produce por necrosis muscular que provoca la liberación de mioglobina y CPK al torrente sanguíneo. En ocasiones se produce insuficiencia renal aguda. Puede ser producida entre otras causas por ingesta de tóxicos, hipertermia y ejercicio físico intenso. Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 38 años sin AP de interés que acude a Urgencias 72 horas después de realizar una clase de spinning de 45 minutos, presentando dolor progresivo en ambos muslos, con imposibilidad para flexionar las rodillas, parestesias y coluria. Constantes vitales: FC: 56 lpm, TA: 125/75, Tª: 36,5°C, Sat: 96%. Exploración física: consistencia dura de ambos muslos sobre todo vastos externos. Resultados: Se midió la presión intracompartimental: muslo izquierdo vasto externo 23 mmHg y recto anterior 0,8 mmHg, muslo derecho vasto externo 19 mmHg y recto anterior 0,9 mmHg. Analítica: Leucocitos: 16.800, Creat: 0,7, CPK: 727.350 U/L, Mb: 38836 ng/ml. Orina elemental: sangre +++, prot ++, nitritos +, sedimento: presencia de mioglobina. GOT: 2311, GPT: 525, LDH: 5306.

CONCLUSIONES:

Ante la sospecha de rabdomiolisis se inició tratamiento con fluidoterapia IV, diuresis forzada con Furosemida, alcalinización de la orina con Bicarbonato, relajantes musculares y antiinflamatorios IV. Después de diez días de ingreso presentó evolución favorable, con mejor movilidad de las piernas, disminuyendo los valores de CPK y Mb hasta normalizarse. El paciente fue dado de alta con el diagnóstico de rabdomiolisis severa inducida por ejercicio físico intenso. Resumen: A pesar de que se han descrito muchos casos de rabdomiolisis por ejercicio y en concreto por spinning, se trata de un caso no descrito en la literatura con valores tan altos de CPK y Mb, motivo que nos ha impulsado a presentar dicho caso clínico.

P-1032

DE GASTROENTERITIS AGUDA (GEA) A TRASPLANTE CARDIACO

J Clar Bononad, M Menéndez Rodríguez, J Ríos Ríos, C Andrés Peiró,
P Roca Navarro, I Marco Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

PALABRAS CLAVE: cardiomiopatía dilatada-gastroenteritis-trasplante de corazón

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 15 años, sin alergias conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a Urgencias ante cuadro de vómitos y diarrea persistentes (sin productos patológicos, resistentes a tratamiento), hiporexia, astenia y adelgazamiento. Diagnosticado hace 5 días en urgencias de GEA, instaurándose tratamiento ambulatorio. Niega dolor torácico, palpitaciones, disnea u otra sintomatología. Exploración física: Tensión Arterial: 85/64. 134lpm. 35.3°C. SatO2(FiO2 0.21): 100%. Palidez cutáneo-mucosa. Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: Taquicárdico, rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible. Epigastralgia sin defensa. Gasometría venosa: pH: 7.24, Bicarbonato: 21.7, Lactato: 3.3. ECG: Taquicardia ventricular a 140lpm, monomorfa sostenida, con morfología positiva en V1. Tras pasar a ritmo sinusal espontáneamente: taquicardia sinusal 125lpm, PR: 140ms, QRS estrecho, eje derecho y signos de isquemia subepicárdica (I-aVL-V5-V6). Rx tórax: Cardiomegalia. Edema intersticial ligero bilateral. Analítica: Leucocitos: 15930, INR: 1.9, Iquick: 44%, Glucosa: 111, Urea: 69, Creatinina: 1.37, K: 5.6, GOT: 1145, GPT: 1590, Bilirrubina Total: 1.42, PCR: 11.3. Ecografía abdominal: Hiperecogenicidad periportal en relación a cambios inflamatorios inespecíficos. No líquido libre intraabdominal. Resto sin hallazgos patológicos. Ante hallazgos objetivados se realiza analítica (Tropoina-T-Ultrasensible 171,7pg/mL) y Ecografía Transtorácica: Ventrículo izquierdo dilatado, paredes adelgazadas, hipocinesia global severa. FEVI 19%. Dilatación auricular izquierda. Insuficiencia mitral ligera-moderada. VD con signos de disfunción sistólica. Se decide ingreso en UCI para completar estudio, durante el cual se mantiene hemodinámicamente, descenso de urea, creatinina y transaminasas. Rachas ocasionales de taquicardia ventricular monomorfa. Cardio-RMN: Ventrículo izquierdo con paredes adelgazadas, volúmenes aumentados y FEVI: 14%, hipoquinesia generalizada. Ventrículo derecho de volumen aumentado y función FEVD: 22%. Aurícula izquierda dilatada. Aorta sin alteraciones. Miocardiopatía dilatada con depresión muy severa de la función sistólica biventricular y extensa fibrosis miocárdica. Se decide traslado hospitalario para realización de trasplante cardíaco. Diagnósticos: miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular severa taquicardia ventricular monomorfa sostenida daño hepático.

CONCLUSIONES:

Existen casos poco frecuentes en los cuales la patología subyacente puede no encontrarse dentro del diagnóstico diferencial y requerirse pruebas complementarias específicas. Es importante la valoración y ampliación de pruebas diagnósticas ante patologías resistentes a tratamiento. Valorar la realización de ECG ante epigastralgias, incluso en pacientes sin antecedentes de interés.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1033

HOY ES DÍA DE SOFÁ...

MI Perea Casado, F Beddar Chaib, MJ Cardeñosa Cortés,
P Matías Soler, JL Lechuga Martos, P Ruiz Artacho, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: hipertiroidismo-parálisis periódica-hipopotasemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 19 años sin antecedentes de interés que es traído a urgencias por imposibilidad para levantarse después de estar viendo una película. Acude muy nervioso refiriendo caída al intentar ponerse de pie y debilidad en miembros inferiores. Refiería que esa semana presentó calambres musculares en miembros inferiores e intenso nerviosismo las dos semanas previas. Lo había estado achacando a estrés de los exámenes. A la exploración a su llegada presenta fuerza 2/5 en miembros inferiores y 3/5 en miembros superiores con hiporreflexia generalizada. Resto de exploración neurológica normal. Imposibilidad para la marcha. Constantes con valores normales. Glucemia: 102. ECG: T aplanadas y ondas U pequeñas. En dos gasometrías consecutivas, se obtiene potasio: 1,7. Ingresó en UCI para monitorizar y tratar trastorno hidroelectrolítico. Se confirmó TSH totalmente suprimida (0mIU/ml) y T4 elevada (43,5pg/ml) con T3 de 22.1pg/ml. Se inició tratamiento con Hidrocortisona, Propanolol y Metimazol y reposición de potasio. El paciente presentó buena progresión analítica y clínica. El paciente fue diagnosticado de Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica.

CONCLUSIONES:

Se trata de un raro trastorno, de baja prevalencia, mayor en oriente y entre los 20 y 40 años, caracterizado por debilidad muscular severa, niveles bajos de potasio séricos e hipertiroidismo. Desde el punto de vista de urgencias, nos parece interesante mostrar este caso por el amplio diagnóstico diferencial que debe hacerse ante la llegada de un paciente con la clínica relatada y sin enfermedad tiroidea conocida. Es evidente que ante la clínica aguda objetivada lo primero en lo que se piensa es en una afectación de SNC ya sea a nivel cerebral o medular con una evidente pulsión a la realización de pruebas de imagen inmediatas, sin embargo, una minuciosa anamnesis y exploración, y pruebas complementarias mas sencilla de rápida disponibilidad pueden en casos como éste facilitar un diagnóstico precoz, reducir costes, iniciar una intervención terapéutica dirigida más precoz e incluso mejorar el pronóstico vital y funcional del paciente. Por tanto, pese a importantes avances tecnológicos, no debemos olvidar nunca la práctica de la medicina clásica en los servicios de urgencias.

P-1034

TU RITMO TE SINCOPA

C Domenech Casasús, N Font Lurbe, C Cuenca Valero, A Pirola,
S Pérez-Duque Pardo

Hospital General de Requena/C. S. Requena. Valencia

PALABRAS CLAVE: heart-cardiology-syncope

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 53 años que acude a Urgencias por síncope. Asocia mareo y náuseas. Revisando historia clínica, observamos que durante consulta de Primaria se objetivó en ECG: HBA, BIRDHH con elevación de ST en V1 y supradesnivel en ST. Paciente asintomática. La impresión diagnóstica fue de probable Síndrome de Brugada siendo remitida preferentemente a Cardiología. Se explican síntomas de alarma por los que debía consultar, motivo por el cuál acude a Urgencias. Antecedentes familiares: padre con cardiopatía isquémica con éxitus por vasculopatía cerebral a los 60 años y tía materna fallecida por patología cardiovascular a la misma edad. Abuelo materno epiléptico y tabaquismo. Aborto de 38 semanas sin causa conocida. Histerectomizada y amigdalectomizada. Exploración física: Sudorosa, palidez mucocutánea. Neurológico sin focalidad. ACP: Normal. Abdomen anodino. TA: 116/82 Tº: 35.7°C Sat.02:98% ECG y analítica sin alteraciones (troponinas normales) Diagnóstico: Síncope de características vasovagales. Debido a la sospecha de Síndrome de Brugada tras hallazgos en ECG de AP, se realiza nueva IC a Cardiología con el fin de valoración precoz. En Cardiología, se constata tras hallazgos en ECG (HBA BIRDHH con morfología en lomo de delfín en V1 y supradesnivel en silla de montar en V2) un Síndrome de Brugada (tipo 3). Se completa estudio: Holter y ecocordio. ECG en consulta: BIRDHH, Elevación ST V1-V2 con onda T positiva en V2-V3. QtC dentro de la normalidad. Se planteo en propia consulta del cardiólogo las diferencias entre ECG realizados (Primaria-Cardiología /Urgencias) que tendrían su respuesta en la colocación de los 2 primeros electrodos en precordiales (el ascenso en la posición de los mismos permite la visualización correcta de alteraciones sugestivas de dicho síndrome) ECOCARDIO: Normal. Se recomienda ECG a familiares de 1º grado. En este estudio se diagnosticó a su hija del mismo síndrome. Asintomática.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Brugada es una alteración genética que se caracteriza por la aparición de alteraciones en el electrocardiograma (bloqueo incompleto de rama derecha y elevación persistente del segmento ST en las derivaciones V1 y V2) y un aumento en el riesgo de desarrollar taquicardias ventriculares y muerte súbita. Dado el carácter asintomático de una fracción significativa de los pacientes, el establecimiento de criterios diagnósticos específicos posee un indudable interés clínico.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1035

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN HOSPITAL SIN
HEMODINÁMICA, LOS DILEMAS EN LA REPERFUSIÓN

I Ortega Bueno (1), I Ruiz del Álamo (2), A García Aguilar (1)

(1) C. S. Zaidin Sur. Granada. (2) C. S. Salvador Caballero. Granada

PALABRAS CLAVE: acute coronary syndrome-myocardial reperfusion-fibrinolysis**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 79 años con antecedentes de HTA, DM2 e infarto de miocardio inferior con implante de 2 stents en los dos meses previos. Independiente para ABVD. Derivado al hospital comarcal desde su centro de salud, sobre las 13:15h, por dolor torácico típico y ECG con lesión subepicárdica anterolateral. El dolor comenzó en el domicilio sobre las 9:30h, pero no acudió a su CS hasta las 13:00h. En el hospital, el paciente se encuentra sin dolor y estable hemodinámicamente, con persistencia de las alteraciones electrocardiográficas. Se administra AAS 300mg vo, ticagrelol 180mg vo y 4000UI de heparina Sódica iv. Se decide el traslado en helicóptero al hospital de referencia con hemodinámica para realización de ICP primaria. El paciente llega Sala de RCP a las 14:30h, sin clínica de dolor torácico, con cambios en el ECG que evidencian isquemia subepicárdica V1-V2 y onda Q V1-V3. Se ingresa en UCI y se decide no hacer ICP urgente, dado que se trata de un infarto evolucionado y el paciente no presenta dolor torácico. Se realiza cateterismo coronario a las 24 horas, con implantación de dos stents. Tras la intervención, presenta episodio de insuficiencia cardiaca en el contexto del inicio de una FA. Se realiza ecocardiograma, en el que se aprecia disfunción ventricular severa con FEVI del 30%. Dados los resultados, se inicia tratamiento con Levosimendán, y se realiza traslado a la UCI del hospital comarcal de referencia. Cuatro días después, el paciente fallece en situación de shock cardiogénico en dicha unidad.

CONCLUSIONES:

Elegir la técnica de reperfusión correcta en un SCACEST parece una decisión fácil cuando nos encontramos en un hospital con servicio de hemodinámica, pues se ha demostrado que los beneficios de la ICPp son superiores a los de la fibrinólisis. Sin embargo, en un hospital sin hemodinámica, es muy importante valorar el tiempo desde el inicio del dolor torácico hasta la realización de la ICP, y decidir, según la estimación del mismo, si el paciente sería candidato a una reperfusión mediante fibrinólisis en el hospital sin hemodinamista, teniendo en cuenta las limitaciones de la misma y sus contraindicaciones absolutas.

P-1036

SÍNCOPE Y ELECTROCARDIOGRAMA DE INFARTO...
NO ES TODO LO QUE PARECEA Moreno Juste, MM Jiménez Casado, B Sierra Bergua,
P Valdres Carroquino, Y Sánchez Prieto, L Rejas Morras, JF Ruiz Ruiz

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: infarto-anemia-clasificación SCA**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 81 años. Antecedentes de HTA y aplastamiento vertebral. Tratamiento con AINES. Relata síncope en domicilio, dolor torácico y disnea de mínimos esfuerzos desde hace 72 horas. Se realiza ECG inicial. Exploración: Consciente y pálido. PA 92/53 mmHg, FC 99lpm, Saturación basal O2: 86%. AC: tonos rítmico a 99 sin soplos. AP: hi-poventilación bilateral. Abdomen: levemente doloroso en epigastrio. Tacto rectal: heces normales. Pruebas complementarias: ? Hemograma: Hemoglobina 3.2g/dl, Hto 10%, leucocitos 16800 mil/mm3, con 77.1% de neutrófilos, Plaquetas 446 mil/mm3. ? Bioquímica: Urea 1.13 g/L, creatinina 1.49 mg/dL, sodio 135 mEq/l y potasio 5.29mil/mmEq. ? Troponina I 1.98 ng/mL. ? ECG: Ritmo sinusal con infrades-nivelación de ST en toda la serie precordial y DII, Supradesnivelación en aVR. ? Ecocardiograma V-scan: no dilatación ventricular, contracti-lidad de ambas cámaras conservadas, sin alteraciones segmentarias de las mismas. ? Gastroscopia: úlcera antral y lesiones agudas de la mucosa gástrica. Se reinterroga de forma dirigida al paciente que re-conoce deposiciones melénicas los días previos. Finalmente se opta por tratamiento médico con transfusión de cinco concentrados de hematíes e IBP con posterior normalización del ECG. ID: Síndrome coronario agudo (SCA) tipo 2, lesión subendocárdica extensa secun-daria a síndrome anémico grave por hemorragia digestiva.

CONCLUSIONES:

La definición de SCA y actual clasificación de infarto engloba un espectro de condiciones compatibles con isquemia miocárdica aguda por la reducción abrupta del flujo sanguíneo coronario. El infarto tipo 1 se produce por isquemia debido a evento coronario primario, el tipo 2 por aumento de la demanda de O2 o disminución de su aporte, el tipo 3 por muerte súbita inesperada, el tipo 4 asociado a intervencio-nismo y el tipo 5 asociado a cirugía de derivación aortocoronaria. Los pacientes con infarto tipo 2 representan un porcentaje pequeño, pero no despreciable del total de SCA (6-7%). Su incidencia depende del criterio del clínico para realizar el diagnóstico. Como ocurre en este caso, ante un paciente con clínica y ECG compatible con SCA, que suele ser una patología tiempo dependiente, se debe recordar que existen circunstancias que requieren de un tratamiento que nada tie-ne que ver con el intervencionismo coronario y permiten tratamientos no invasivos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1037

DESACTIVANDO UN CÓDIGO ICTUS

**G Navarro Jiménez, JM Parra Ramírez, C Fuentes Santos,
D Fernández de Velasc Pérez, S Bellon Vallinot**

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfermedades de la aorta-síncope-accidente cerebrovascular

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Llega al cuarto de críticos como código ictus mujer de 79 años fumadora, hipertensa y dislipémica en tratamiento con antihipertensivos y Estatina. Es traída por el SUMMA 112 tras cuadro en la vía pública de inicio brusco de cefalea, cervicalgia y dolor torácico presentando pérdida de conciencia con hemiplejía izquierda tras la recuperación espontánea. A su llegada, presenta hipotensión de 90/60 y bajo nivel de conciencia que no responde a estímulos con bradipnea por lo que se avisa a UCI, se inicia fluidoterapia y ventilación con ambú de cara a intubación orotraqueal antes de la cual hay una mejoría del nivel de conciencia quejándose la paciente de dolor intenso a nivel interescapular, a la exploración neurológica presenta ahora plejía de MSD y de ambos miembros inferiores. Se exploran pulsos periféricos estando ausentes el radial y femoral izquierdos sospechando síndrome aórtico agudo como primera posibilidad. A continuación, presenta parada cardiorespiratoria por bradicardia extrema con asistolia recuperada tras maniobras de RCP y 1 mg de Adrenalina, se realiza intubación orotraqueal. En el seno de la parada, se realiza ecocardio que muestra derrame pericárdico global con colapso de aurícula derecha y del tracto de salida del ventrículo izquierdo e imagen sugerente de disección aórtica en la raíz por lo que se coloca drenaje pericárdico con salida de sangre. Tras el drenaje pericárdico, infusión de volumen y perfusión de Noradrenalina, se estabiliza hemodinámicamente y se realiza TAC vascular que muestra extensa disección de aorta torácica desde la raíz hasta la bifurcación iliaca extendiéndose por la carótida común derecha hasta la bifurcación carotídea. Se traslada para cirugía urgente.

CONCLUSIONES:

La clínica neurológica es relativamente frecuente en la disección de aorta bien por hipovolemia e hipotensión o por afectación vascular con disminución del flujo cerebral. Es más frecuente su aparición en la disección tipo A y suele ir acompañando a otras manifestaciones clínicas más sugerentes de síndrome aórtico que serán de utilidad en el diagnóstico. Cobra vital importancia la diferenciación con un cuadro neurológico aislado por las consecuencias que la fibrinólisis tendría en esta situación.

P-1040

UNA ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA

**P Hernández Martínez, I Sanlés González, H Molina Llorente,
D Toresano López, N Nan Nan, M Vieitez Santiago, A Arnaiz García**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardíaca-estenosis aórtica-amiloidosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 84 años que acudió a urgencias por disnea. Como antecedentes personales presentaba hipertensión, insuficiencia renal crónica estadio IIIA, fibrilación auricular paroxística, artritis reumatoide y anemia de trastornos crónicos. Intervenido de síndrome de túnel carpiano hacía 5 años. El paciente refería que desde hacía tres meses hinchazón progresiva de extremidades inferiores junto con disnea progresiva hasta hacerse de reposo partiendo de una disnea de moderados esfuerzos, y que en la última semana había sufrido un empeoramiento clínico. Además ortopnea, disnea paroxística nocturna, sin tos ni expectoración purulenta, y sin distermia. Estaba arritmico con soplo sistólico aórtico IV/VI, con hipoventilación bibasal, presentaba elevación de la presión venosa yugular y edemas hasta las rodillas. Analíticamente una anemia normocítica normocrómica, filtrado glomerular de 42 ml/min/1.73 m², con una creatinina de 1.51 mg/dL. En la radiografía de tórax se objetivó un derrame pleural bilateral. El ECG mostró ritmo sinusal, con bloqueo de la subdivisión anterior de la rama izquierda. El proteinograma reveló una banda monoclonal en región Gamma IgG Kappa con una cuantificación del componente monoclonal del 14.1% (1.06 g/dL). Ante la compatibilidad del cuadro con insuficiencia cardíaca y ante la mala evolución clínica a pesar de tratamiento se decidió realizar ecocardiograma que reveló una estenosis aórtica severa junto con infiltración miocárdica compatible con amiloide y disfunción ventricular avanzada. Para completar el estudio se realizó una gammagrafía DPD Tc 99 m que puso de manifiesto una hipercaptación difusa con depósito de radiotrazador en miocardio compatible con amiloidosis cardíaca.

CONCLUSIONES:

La amiloidosis senil es una patología caracterizada por el depósito extracelular de fibrillas insolubles que dañan la estructura de los tejidos. La amiloidosis cardíaca puede ser la causa de un 13% de los casos de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada. Cada vez son más los artículos que abogan por la existencia de una asociación entre la amiloidosis senil y la estenosis aórtica severa, es por ello que con este caso clínico queremos poner de manifiesto que en nuestra práctica clínica también encontramos esta asociación y que en ocasiones puede pasar desapercibida lo que impide tomar las decisiones terapéuticas óptimas en este grupo de pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1045

SÍNDROME DEL CORAZÓN HELADO

P Lupiáñez Seoane, A Santamaría Marín, C Monroy Gómez

Hospital General Universitario de Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: infarto de miocardio-Tako-Tsubo-estrés emocional**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 80 años, sin antecedentes personales de interés, que es atendido en urgencias por hipotermia tras haber sufrido caída fortuita a una zanja con agua helada, donde permaneció casi una hora hasta que fue encontrado por sus familiares. Inicialmente se registró una temperatura rectal de 30 °C. A su llegada al hospital tras manta térmica y fluidoterapia caliente la temperatura rectal fue de 35° C. En la exploración física destacaba TA 106/68 mmHg, FC 82 lpm, saturación de oxígeno con gafas nasales a 2 litros 100% y datos de mala perfusión periférica. Se realizó electrocardiograma en el que se objetivó ascenso del segmento ST de 0,5 mm en cara inferior y V5-V6 con inversión de onda T en V2. En la analítica destacó elevación de las enzimas cardíacas (CPK 403 UI/L, CK-MB 26.6 ng/ml y Troponina I 2.1 ng/ml) y la radiografía de tórax mostró signos de insuficiencia cardíaca. Se solicitó ecocardiograma urgente que evidenció acinesia latero-medio-apical e hipocinesia apical y septoapical con FEVI ligeramente deprimida. Con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) se inició tratamiento antiagregante, anticoagulante, diurético e ingresó en la unidad de cuidados intensivos, donde se realizó coronariografía que mostró coronarias angiográficamente normales, por lo que el diagnóstico final fue el de miocardiopatía por estrés (Síndrome de Tako-Tsubo). La evolución clínica fue favorable, siendo dado de alta de planta de cardiología a los 9 días del ingreso.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Tako-Tsubo o miocardiopatía por estrés es una entidad clínica poco frecuente. Afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovascular. El principal desencadenante es el estrés emocional severo, si bien su verdadero origen es todavía desconocido. Se caracteriza por dolor torácico de perfil coronario, cambios electrocardiográficos que simulan un SCA y una acinesia o discinesia transitoria, anteroapical del ventrículo izquierdo. El propósito de nuestro caso es recordar esta entidad ya que, si bien su presentación clínica simula un infarto agudo de miocardio, su pronóstico y morbilidad es diferente.

P-1046

UN DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

P Lupiáñez Seoane, C Monroy Gómez, A Santamaría Marín,
R Ruiz Martínez

Hospital General Universitario de Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: hernia gastroesofágica-vólvulo-compromiso vital**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 73 años con antecedentes de hernia de hiato y episodio previo de hemorragia digestiva alta que presentó mientras comía dolor torácico retroesternal irradiado a espalda acompañado de náuseas, que cedió tras la administración de nitroglicerina sublingual. Fue remitida a urgencias con sospecha clínica de síndrome coronario agudo. A la exploración física, el abdomen era doloroso a la palpación en epigastrio y los ruidos hidroaéreos estaban disminuidos. El resto de la exploración fue anodina. El electrocardiograma no mostró signos de isquemia aguda. Se seriaron enzimas cardíacas, que fueron normales. Durante su estancia en urgencias, la paciente comenzó con vómitos oscuros. Las radiografías evidenciaron gran hernia de hiato ya conocida, sin otros hallazgos. Se colocó sonda nasogástrica con salida de material fecaloideo y ante sospecha clínica de hernia volvulada, se solicitó TAC abdominal urgente, en el que se visualizó herniación del antro y de las 1ª y 2ª porciones duodenales por el orificio herniario, condicionando obstrucción gástrica. Ante estos hallazgos, se solicitó gastroscopia urgente en la que se evidenció gran hernia de hiato paraesofágica con volvulación a nivel intraabdominal con ulceraciones y bezoar sólido que impidió la desvolvulación endoscópica. Por tanto, se contactó con cirugía general que intervino de forma urgente a la paciente mediante reducción del contenido herniario, exéresis del saco, cruroplastia con malla y funduplicatura de Nissen laparoscópica. La evolución en planta fue favorable, siendo dada de alta a los pocos días de la intervención.

CONCLUSIONES:

La hernia paraesofágica constituye una patología frecuente en la población general. Puede conducir al desarrollo de importantes complicaciones (isquemia, necrosis y compromiso vital) por incarceration, estrangulamiento o volvulación, constituyendo así una verdadera emergencia quirúrgica. El vólvulo gástrico es una entidad aguda que tiene una presentación abrupta, de complicado pronóstico y puede llevar a la muerte del paciente. En ausencia de signos de isquemia puede intentarse la reducción endoscópica, siendo el tratamiento de elección el abordaje laparoscópico. Por tanto, es fundamental sospechar esta entidad en urgencias, ya que del diagnóstico temprano se deriva la instauración de un tratamiento precoz y con ello, disminuir la morbilidad de esta patología.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1047

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS EN EL ECG BASAL, A
PROPÓSITO DE UN CASO

A Alborch Ferris, R Abu Raiya, M Andrés Company, MV Chisvert Mateu
Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva, Valencia

PALABRAS CLAVE: acute coronary syndrome-chest pain-electrocardiography

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 68 años que consulta en urgencias por dolor centrotorácico de tipo pinchazo con sudoración, hiperemia facial y náuseas de 2h de evolución, no relacionado con esfuerzos. Asocia episodios de dolor en región occipital de años de evolución agudizado en las últimas semanas. * AP: HTA, ictus antiguo, amputación parcial pie derecho. Búlgara. Tratamiento: Valsartan-Hidroclorotiazida 160/25mg, AAS 100mg * Exploración física: TA141/91mmHg, T°36,8°C, FC 84lpm, Sat.O2aa 100% Inquieta.ACR: tonos rítmicos,MVC. Abdomen blando,depresible,doloroso en epigastrio.No edemas maleolares. * Pruebas complementarias: > ECG a su llegada: ritmo sinusal,70lpm,t negativa V2-V3 > Hemograma normal. > Bioquímica: normal con CK 82 y troponina 10,25. Control enzimático:CK129,troponina 8,31. > Rx tórax normal. * Evolución en urgencias: Revisamos historia clínica y objetivamos que ha consultado por este motivo en diferentes ocasiones en urgencias y en AP. En última atención: ECG con BRIHH y enzimas cardíacos negativos. Era evidente el cambio del ECG previo con BRIHH y el actual con dos ondas t negativas aisladas. Durante su estancia en observación presentó episodio de sudoración y taquicardia (FC 135lpm),se solicitó ECG en el que se constató el BRIHH, se administraron betabloqueantes, la taquicardia cedió y el BRIHH desapareció. Se decidió ingreso en planta. * Evolución durante ingreso: Estudiada con: > Ecocardiograma: HVI,hipocinesia anterior,apical y septal anterior,FEVI 55%. > TAC craneal: aneurisma basilar no complicaco 16,4*10,2mm. > Cateterismo: TCI con lesión calcificada distal de CX 70% y DA 50%. Por episodios reiterados de dolor torácico durante el ingreso se remitió a cirugía torácica para doble by-pass coronario.

CONCLUSIONES:

- El ECG es una prueba sencilla, rápida y barata. Obligatorio realizarlo antes de 10 min desde la llegada del paciente.
- T negativas aisladas se pueden considerar: variante de la normalidad, cambios crónicos, cambios posIAM.
- BRIHH nuevo se considera signo de alarma.
- ECG normal no excluye SCA y no debe ser criterio único del alta.
- La barrera idiomática dificulta la orientación diagnóstica.

P-1048

ALTERACIÓN NEUROLÓGICA EN ENFERMEDAD DE BEHÇET

DM Narganes Pineda, M Moya De la Calle, S Sánchez Ramón, EP Melo Toledo, RM Iban Ochoa, B Blanco Polanco, R Castellanos Flórez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: Behçet-neurological-alterations

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 55 años, presenta cuadro progresivo de trastorno del lenguaje y cefalea opresiva occipital intensa. En días previos presentó somnolencia, bradipsiquia, torpeza generalizada y episodio repetidos de desconexión del medio con obnubilación posterior. Además, úlceras orales dolorosas, acompañadas de úlceras genitales de larga evolución, recurrentes y que cedían, por las que nunca realizó tratamiento específico. EF: normal desde el punto de vista neurológico excepto disartria. Úlceras orales de difícil valoración por candidiasis coexistente. PC: TAC cerebral:hipodensidad de la sustancia blanca frontal izquierda en relación con lesión inflamatoria y/o edemas asociado. Analítica sin alteraciones, VSG 12 y PCR 11. Serologías para VIH,VDRL-TPHA, virus hepatitis, VHS,VVZ, Brucella y Borrelia comprobadas en los días siguientes negativas y ANA -. Se ingresa al paciente con sospecha de enfermedad tumoral. Se confirma en RM cerebral una lesión fronto-parietal izquierda, realizándose biopsia cerebral. Durante el ingreso sufre empeoramiento inicial,con aparición de debilidad en extremidades derechas de predominio braquial y déficit visual en regiones derechas de campo visual. Nueva RM con empeoramiento respecto a semanas previas, persistencia de lesión frontoparietal izquierda y aparición de nueva lesión talámica derecha con extensión a región capsular y pedúnculo cerebral ipsilateral, así como uveítis bilateral de predominio derecho. Ante la sospecha de Behçet, ya que se descartó patología tumoral, isquémica e infecciosa, se inicia tratamiento con metilprednisolona con gran mejoría clínica del paciente.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Behçet es una patología inflamatoria, crónica y sistémica de etiología desconocida, que afecta con mayor frecuencia a varones. Suele manifestarse con úlceras orales y genitales recurrentes, poliartritis, alteraciones cutáneas y oculares. La asociación de Behçet y afectación del SNC se puede encontrar en un 5-15%, se describen dos formas en función de la localización de las lesiones, la parenquimatosa es la más frecuente con predilección por regiones del tronco del encéfalo y el tálamo, y le sigue en frecuencia la trombosis de los senos venosos de la duramadre (20%). El compromiso neurológico es una rara manifestación de la enfermedad y es excepcional en el momento del diagnóstico.Es infrecuente que las alteraciones neurológicas precedan a otras manifestaciones clásicas como la uveítis.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1050

UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA
UN TANTO "PARTICULAR"

I Lucas Tomàs, S Gregorio Molina, R Escrivá Trueba,
A Lorente Cànoves, M Serra Labrador, C Pérez Tomàs

Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardiaca aguda-hipertensión pulmonar-rotura de cuerdas tendinosas mitrales

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer británica, 59 años, fumadora 18 años/paquete, no otros tóxicos, sin cardiopatías, neumopatías, ni nefropatías conocidas, despistaje negativo de hipertensión arterial mediante AMPA hace un año, sin controles posteriores. Acude a Urgencias por disnea a moderados esfuerzos y edemas progresivos, en sentido ascendente hasta el abdomen de 5 días, junto con palpitaciones autolimitadas desde hacía 3-4 semanas sin dolor torácico ni otra clínica. Constantes: Temperatura:36.7°C, Frecuencia cardiaca:88lpm, Saturación de oxígeno (O2):86% y Presión Arterial:193/113mmHg. Exploración física: consciente, orientada, aceptable estado general, normohidratada y normocoloreada, disneica sin uso de musculatura accesoria. Auscultación pulmonar: hipofonesis generalizada, espiración alargada con algún subcrepitante bibasal. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, soplo 3-4/6 foco mitral y tricuspídeo con irradiación hacia axila. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos ascíticos. Miembros inferiores: edemas III/IV con fóvea suprarrotulianos bilaterales. Se solicitó electrocardiograma: taquicardia sinusal 105 lpm, eje+75°, extrasístoles ventriculares frecuentes monotópicas, hipertrofia aurícula y ventrículo derechos, conducciones y repolarización normales, radiografía torácica: cardiomegalia con aumento hiliar bilateral, sin derrame pleural ni condensaciones pulmonares, gasometría arterial (FiO2 = 21%): pH = 7.38mmHg, PCO2 = 52 mmHg, PO2 = 48 mmHg, Bicarbonato = 27mEq/L, SaO2 = 83% y analítica sanguínea: glucemia = 110mg/dl, sin alteraciones de función renal ni hepática, no elevación de reactantes de fase aguda, colesterol total = 186mg/dl, con LDLc = 118mg/dl, Troponina T ultrasensible = 75µg/L, péptido natriurético tipo B (BNP) = 2630pg/ml, sin alteraciones hemograma ni coagulación. Por ecocardiografía: ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica severa, no dilatado y buena función sistólica, insuficiencia mitral (IM) severa secundaria a prolapso de valva mitral posterior por rotura de cuerdas tendinosas, válvula aórtica trivalva normal, ventrículo derecho dilatado, con movimiento septal anómalo e hipertensión pulmonar (HTP) moderada-severa (PAPS = 68mmHg) sin derrame pericárdico. Estamos ante una insuficiencia cardiaca aguda (ICA) que se trató con oxigenoterapia, diuréticos e hipotensores con buena respuesta hasta su estabilización, derivándose posteriormente a cirugía cardiaca para valoración.

CONCLUSIONES:

Sorprende la hipercapnia en esta ICA, por tanto, ante una disnea con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) global y gradiente alveoloarterial (A-a) de O2 patológico (37), pensemos en patologías con alteración de parénquima pulmonar, perfusión pulmonar e intercambio A-a de O2 y CO2, que cursaran con hipoxemia+hipercapnia como el tromboembolismo pulmonar o HTP, siendo la HTP moderada-severa, en nuestro caso, la causa de la IRA global.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1051

LA TEORÍA DE LOS VASOS COMUNICANTES:
ETIOLOGÍA DE UNAS MELENAS

M Borregón Rivilla, FJ Morán Gallego, R Estévez González,
D Carro Herrero, K Martínez Barroso, A Arellano Álvarez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: intestinal bleeding-abdominal aortic aneurysm-digestive system fistula

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 92 años consulta por hematemesis. Como antecedentes personales de interés presenta: fibrilación auricular anticoagulada, polimialgia reumática en tratamiento corticoideo, divertículos, gastritis y aneurisma aórtico infrarrenal con prótesis aorto-iliaca. A su llegada a urgencias presenta taquicardia (120 lpm) e hipotensión (80-55 mmHg). La exploración física revela palidez cutánea, una deposición melénica y masa indurada no pulsátil en hemiabdomen izquierdo. Se inician medidas de resucitación: sueroterapia intensiva, oxigenoterapia, pantoprazol y SNG, obteniéndose contenido gástrico. La analítica revela creatinina y lactato elevados y hemoglobina de 6,9 mg/dl, procediéndose a transfusión. Dados los antecedentes, y los hallazgos en la exploración, se realiza TAC abdominal, objetivándose: endofuga en extremo inferior de saco aneurismático con burbujas de gas ectópico, en contacto con asa de intestino delgado, sin plano graso de separación, sin solución de continuidad, compatible con trayecto fistuloso entre el asa y saco. Es valorado por cirugía vascular, descartándose intervención. Ingresa en medicina interna, priorizándose las medidas de confort. El paciente presenta estabilidad los dos primeros días, pero mantiene débito sanguinolento por SNG. El tercer día fallece por episodio de sangrado masivo, en situación de síntomas controlados.

CONCLUSIONES:

Una buena anamnesis y exploración física hicieron sospechar una patología muy poco frecuente pero de riesgo vital. El correcto manejo del paciente, con rápidas medidas de resucitación y estudio de imagen, permitieron estabilizarlo y confirmar el diagnóstico sospechado. La fístula aorto-entérica es una conexión patológica entre aorta e intestino, principalmente duodeno (75%). Es muy poco frecuente y tiene elevada mortalidad. Su principal factor de riesgo es el aneurisma aórtico abdominal, principalmente aquellos operados con endoprótesis. La hemorragia digestiva es la presentación más frecuente. La tríada clásica: hemorragia + dolor abdominal + masa abdominal aparece en menos del 20% de los pacientes. El TAC con contraste es la prueba de elección (no los estudios endoscópicos). Los signos sugestivos son: gas ectópico aórtico, engrosamiento de pared intestinal, extravasación del contraste al tubo digestivo. La cirugía es el tratamiento de elección. Todo paciente inestable con alta sospecha de esta patología que sea operable debe ser intervenido inmediatamente para control de la hemorragia. No obstante, el pronóstico es oscuro.

P-1053

DOLOR TORÁCICO CON DESENLAJE FATAL

P Mostaza Gallar, D Chaparro Pardo, P Matías Soler,
Y Rodríguez Domínguez, C Clemente Callejo, C Tabares Salgado,
R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: rotura miocárdica-infarto agudo de miocardio-dolor torácico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 91 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e histerectomía. Acude a urgencias por dolor epigástrico opresivo de 23 horas de evolución, intermitente no irradiado, asociando mareo y mal estar general. No disnea, palpitaciones, ni síncope. A su llegada la paciente se encuentra desorientada, somnolienta, con frialdad y palidez cutánea. Exploración física: TA 100/60mmHg, FC 80 lpm, auscultación cardiopulmonar normal. Pruebas complementarias: Gasometría 7,31 con lactato 7,3. ECG: Ritmo sinusal 70 lpm, ascenso del ST en DI y aVL, en ECG sucesivos desarrolla BCRI. Analítica: hemoglobina 10, leucocitos 12,600, PCR 10,4, creatinina 2,4, Na 131, K 4,8, LDH 1709, CKMB 20,5, troponina 16,8, NT-proBNP 13211. RX tórax: ICT aumentado sugiere derrame pericárdico. Se realiza ecocardiograma portátil a pie de cama: FEVI 50%, aquiesia cara lateral, derrame pericárdico moderado-severo que desplaza AD. Por sospecha de complicación mecánica por IAM se decide realizar TC tórax donde se observa una zona isquémica del miocardio del VI lateral y superior, hemopericardio, rotura miocárdica contenida. Debido a la edad de la paciente, la gravedad de la situación, peligro de la cirugía y en consenso con la familia se desestimó la cirugía, falleciendo la paciente al día siguiente.

CONCLUSIONES:

La ecografía es una prueba de gran utilidad, por ser sencilla y económica de realizar, que nos puede dar gran información de forma prácticamente inmediata. Pudiendo de esta forma acelerar el modo de actuar y el tratamiento. Con este caso queremos transmitir la importancia que está cobrando la ecografía en la urgencia para realizar posibles diagnósticos o descartar patologías graves con urgencia de actuación como fue la situación de nuestra paciente, que presentaba una complicación mecánica grave del infarto como es la rotura de miocardio con elevada mortalidad. Debido a su situación clínica y el tiempo de evolución era necesario descartarla por lo que se decidió realizar un ecocardiograma a pie de cama.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1055

UN CRU CASI MORTAL

C Sanz Plaza, S López Lallave, R Ibáñez Castillo, FF Chen Chen, M Sobreviela Albacete, MG Rincón Carmona, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Vallecas, Madrid

PALABRAS CLAVE: aortic rupture-aortic aneurysms-vascular diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 75 años que acude a Urgencias por dolor en fosa renal derecha brusco, no irradiado y asociado a vómitos que cede parcialmente con ibuprofeno. Niega síndrome miccional y fiebre. Estreñimiento de varios días. Como antecedentes personales destacan HTA, DM II e HPB. A su llegada a Urgencias hemodinámicamente estable con abdomen distendido sin datos de peritonismo y puñoperCUSión derecha positiva, pulsos inguinales conservados y simétricos. En la analítica leucocitosis leve con neutrofilia y un deterioro de la función renal con creatinina 1,6. En orina hay hematuria. En Rx no se aprecia litiasis. Impresiona de cólico renal, permanece en observación con sueroterapia y analgesia. Durante la noche realiza 50cc de diuresis con Tª de 37,9°C y TA 95/40mmHg, con mal control del dolor. En una nueva analítica presenta empeoramiento de la función renal, Crea 2,34, sin aumento significativo de otros reactantes. Se diagnostica sepsis de probable origen urinario, se solicita ecografía. RESULTADOS: Ecografía abdominal: No se visualiza dilatación del sistema excretor ni litiasis. No hay líquido libre. Incidentalmente en línea media se identifica una dilatación aneurismática de aorta de 8cm con trombo mural excéntrico de 4,2 cm y el psoas engrosado. Se solicita TAC sin contraste: aneurisma de aorta abdominal e infrarrenal con rotura aguda y con extenso hematoma perirrenal, pararrenal derecho y retroperitoneal. Con el diagnóstico de rotura de aneurisma de aorta se traslada al paciente al hospital de referencia donde existe servicio de cirugía vascular que objetiva un síndrome compartimental por el edema de asas intestinales y hemoperitoneo de 1,5L con hematoma retroperitoneal contenido. Se implanta una endoprótesis y se realiza un bypass fémoro-femoral cruzado.

CONCLUSIONES:

Pese a que dolor en fosa renal asociado a náuseas y hematuria hace pensar en un cólico renal, hay que estar alerta, ya que un debut de cólico renal en mayores de 50 años sin antecedentes es poco frecuente. Por tanto, aunque lo más frecuente sea lo más probable hay que tener en mente la epidemiología de la enfermedad y no olvidar descartar diagnósticos alternativos que pasar por alto pueda tener un desenlace fatal.

P-1057

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

E Sáiz Yoldi (1), L Fernández-Vega Suárez (1), M Ramos Oñate (2), J Capellades Llopart (3), C Laguna Cardenas (4), A Ukar Naveran (4), M Nielfa González (5)

(1) C. S. Cazoña. Cantabria. (2) C. S. Dávila. Cantabria. (3) C. S. Sardinero. Cantabria. (4) C. S. Puertochico. Cantabria. (5) C. S. Alisal. Cantabria

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-intestinal obstruction-adenocarcinoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 70 años que acude a Urgencias derivada por su MAP por dolor abdominal de 15 días de evolución, desde anoche dolor más intenso de localización en hipogastrio y fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, sin vómitos y sensación distérmica. Última deposición hace dos días sin productos patológicos. Refiere además alteración de tránsito intestinal en el último mes (aumento de número de deposiciones con diarrea). No otros síntomas acompañantes. Antecedentes Personales: No FRCV ni otros antecedentes de interés. Tratamiento habitual: hierro oral Expl Física: - Afebril, TA: 126/77, FC: 81, SatO2 (basal): 98% - Tórax: AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos, AC: rítmico sin soplos - Abdomen: doloroso a palpación sobre todo a nivel de FID con Blumberg +, Murphy - ruidos +, signos de peritonismo. - EEl: No edemas, no signos TVP Pruebas complementarias: - Analítica: Bioquímica PCR 0.2, Enzimas hepáticas en rangos de normalidad. Resto NORMAL. Hemograma: leucocitos Normal, Hb 11.3, Resto NORMAL. Coagulación NORMAL Evolución: se administra analgesia EV que es parcialmente efectivo. Reexploro abdomen, que es menos doloroso que previamente pero persiste dolor intenso en FID. Decido solicitar una ECO abdominal para descartar patología, ya que la clínica de la paciente no concuerda con la analítica. Desde el servicio de Radiología le derivan directamente a hacer un TAC abdominal donde observan: adenocarcinoma de colon que condiciona una pseudooclusión intestinal con implantes peritoneales y metástasis hepáticas bilobares. Se contacta al servicio de Cirugía General y Digestivo, que decide ingreso para intervención quirúrgica (Hemicolectomía derecha y resección de implantes peritoneales). Confirmado por anatomía patológica (Adenocarcinoma, tubular con áreas mucinosas (50%), infiltrante, moderadamente diferenciado, que afecta ileon terminal y ciego).

CONCLUSIONES:

En Urgencias predomina la clínica del paciente sobre los datos de las pruebas complementarias. A pesar de la ausencia de resultados alterados, si el paciente presenta una clínica aguda, hay que cerciorarse de descartar tu sospecha clínica, que en este caso era un abdomen agudo (apendicitis).



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1058

EL LOBO CON PIEL DE CORDERO

F Sabatel Pérez, J Sánchez-Prieto Castillo, M Flores Hernán,
MA Sastre Perona, P Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete,
A Martínez Cámara

Complejo Hospitalario de Toledo

PALABRAS CLAVE: síndrome coronario agudo-embolismo séptico-endocarditis infecciosa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 68 años, exfumador, estenosis aórtica moderada de etiología degenerativa, enfermedad renal crónica grado III-b secundaria a carcinoma urotelial, tratado mediante cistoprostatectomía radical y quimioterapia en 2017, portador de doble urostomía desde la intervención. Acude a urgencias por dolor torácico anginoso, evidenciando en ECG ascenso de ST de V1 a V4, diagnosticándose de SCACEST anterior, en coronariografía urgente presenta oclusión completa de la descendente anterior proximal, se realizó extracción de trombo, obteniendo escaso material blanquecino, friable, sin lesión ateroesclerótica subyacente y recuperación de flujo TIMI-3, se termina el procedimiento y se programó realización de IVUS tras estabilización clínica. En ecocardiograma de ingreso presenta acinesia anterior y FEVI severamente deprimida, además de la válvula aórtica muy degenerada, con similar descripción tanto anatómica como funcional a estudios previos. A las 12 horas del ingreso presenta pico febril de 38.4°C y datos analíticos de sepsis con elevación de procalcitonina y PCR, sospechando foco urinario como primera posibilidad. Se extraen cultivos y se inicia antibioterapia empírica. Se consigue estabilización, pero a las 48 horas de ingreso presenta edema agudo de pulmón, en ecocardiograma urgente se objetiva una insuficiencia aórtica severa aguda, con imagen sugerente de rotura valvar y alta sospecha de endocarditis bacteriana, se interviene de forma urgente al paciente, evidenciando perforación del velo no coronario, vegetación dependiente del mismo y cavidad abscesificada, implantándose prótesis aórtica mecánica. En cultivos se aisló *Staphylococcus Sciuri*.

CONCLUSIONES:

Se trata de un paciente con endocarditis bacteriana sobre válvula aórtica, ingresado por SCACEST secundario a embolismo séptico atendiendo a las características del material aspirado de la coronaria, la ausencia de lesión subyacente y la recuperación total del flujo tras lo previo. El SCA es una rara y precoz complicación de endocarditis infecciosa, presente en menos del 3% de los pacientes, se suele presentar en la primera semana, afecta más frecuentemente al árbol coronario izquierdo y está asociado a una elevada morbimortalidad. Aunque debe sospecharse la presencia de endocarditis en todo paciente con valvulopatía, fiebre y sobretodo, inmunosupresión por quimioterapia, pero la favorable evolución y la dificultad para valorar la anatomía valvular en estudios iniciales despistaron sobre este diagnóstico.

P-1059

EL MAGNESIO ME CONFUNDE

P Cuesta Rodríguez (1), C Roza Alonso (2), C Alonso Porcel (1),
E Prado Fernández (1), B Pérez Deago (1), A López Alonso (1),
NO Rincón Valero (1)

(1) Hospital de Cabueñes. Gijón. (2) SAMU Asturias

PALABRAS CLAVE: magnesio-convulsiones-confusión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Resumen Historia Clínica: Paciente de 61 años, independiente, Bebedor moderado, prótesis valvular aórtica mecánica hace 5 años por insuficiencia aórtica, anticoagulado con Sintrom, ACxFA paroxística con episodio de insuficiencia cardíaca secundaria, a tratamiento con Bisoprolol y Furosemida 40mg/día, EPOC severo, Estenosis pilórica y esofagitis por reflujo a tratamiento con Omeprazol a dosis 40 mg/día. Cuadro previo hace 4 meses de crisis comiciales de debut sin base lesional estructural evidenciada, a seguimiento desde entonces por deterioro cognitivo leve. Acude a urgencias por cuadro confusional brusco en domicilio, con agitación, distonía y heteroagresividad. Cefalea y vómitos el día antes (igual que en episodio de crisis comicial previo). En Urgencias, aumento incontrolable de agitación que precisa sedación, intubación e ingreso en UCI. Resultados: TC craneal sin hallazgos y LCR normal, RFA normales, INR en rango. Resto de analítica con Hipopotasemia 3.2 mEq/L e hipocalcemia 7.4 mg/dl (ya presentes en ingreso de Julio). Hipomagnesemia 0.1 mg/dl, no determinada previamente. Se objetiva en el paciente por tanto una hipomagnesemia extrema desencadenante de un síndrome confusional, secundaria a toma de Omeprazol y Furosemida, que justifica el deterioro cognitivo y las crisis comiciales por las que estaba a seguimiento, siendo dado de alta tras resolver el episodio y reestablecidos niveles plasmáticos de los iones dentro de niveles normales, con retirada de Omeprazol y ajuste de diuréticos. Seguimiento posterior sin nuevos episodios de crisis comiciales ni criterios de deterioro cognitivo.

CONCLUSIONES:

Consideramos este caso de interés puesto que engloba las principales dificultades del diagnóstico en urgencias. La complejidad de la exploración neurológica (en el primer ingreso el paciente fue trasladado a hospital de referencia como sospecha de ictus), la multitud de causas y orígenes de la patología neurológica más allá del sistema nervioso central, y la amplia gama de efectos secundarios farmacológicos que tienen los pacientes que atendemos a diario, cada vez más polimedificados, hacen que la sospecha y la anamnesis exhaustiva ante cuadros clínicos con síntomas no convencionales sea clave para llegar a un diagnóstico certero.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1062

CÓDIGO IAM, NO TODO ES LO QUE PARECE

I Hernández Arrondo, E Justribo Sánchez, M Guzmán Carvajal, K Jijon Medina, A Martí Blázquez, M Canes Niubo, C Fernandes Suárez

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-síndrome coronario agudo-miocarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 33 años sin factores de riesgo asociados que despierta sobre las 6:30h con dolor torácico opresivo irradiado a extremidad superior izquierda (EVA 6/10) con mal estado general y diaforesis. El dolor no se modifica con la respiración ni el movimiento. Ante la persistencia del dolor decide llamar al servicio de emergencias médicas. Primer contacto médico 7:15h con constantes TA 127/86mmHg, FC 60x?, SatO₂ 99%. ECG RS 50xPR 120ms QRS estrecho Elevación ST DII, DIII, aVF, V5 y V6 con máxima elevación en DIII de 2.5mm e infradesnivel de ST en aVL orientándose como SCACEST administrándose 190mg de Ticagrelor y 250mg AAS. Contacto con servicio de hemodinámica a las 7:25h activándose Código IAM. A la llegada al servicio de urgencias 7:34h persiste dolor torácico EVA 4/10 y con el ECG descrito se realiza coronografía que muestra arterias coronarias sin lesiones angiográficas y ventriculografía con FEVI conservado sin segmentarismos y ecocardiografía con doppler normal. En analítica sanguínea destaca PCR 84mg/L, CK 1500U/L, Troponina I 15.26ng/mL, tóxicos en orina negativos y telemetría sin eventos. Ingresa en unidad coronaria para seriación de marcadores de necrosis miocárdica y evolución del dolor que se controla con antiinflamatorios. Se diagnostica finalmente de Miocarditis focal inferolateral no complicada siendo alta con tratamiento antiinflamatorio y pendiente de completar estudio con Cardiorresonancia.

CONCLUSIONES:

El dolor torácico es una de las patologías que requiere una atención inmediata en urgencias. Dada su gravedad, la identificación y tratamiento del síndrome coronario agudo es un objetivo primordial tanto en la atención prehospitalaria como hospitalaria. El objetivo principal es el rápido acceso del paciente al sistema sanitario, la rápida identificación de la patología y la respuesta inmediata del sistema sanitario. La implementación del Código IAM ha supuesto un gran avance en la reducción de tiempo desde el inicio del dolor hasta la realización de terapia de perfusión adecuada, lo que ha reducido la mortalidad, complicaciones y secuelas del IAM. Pese a ello, otras patologías con semiología similar pueden ser incluidas como Código IAM descartándose finalmente patología coronaria por lo que deberían de ser consideradas en el diagnóstico diferencial del mismo.

P-1064

¿POR QUÉ NO SE DEBERÍA SUBESTIMAR UNA DORSALGIA?

C Jurado Gallardo, B Villatoro Ramírez, L Alonso Bastos, I Solar Gil, P Privado Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PALABRAS CLAVE: infarto-dorsalgia-hipertensión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Acude a urgencias una mujer de 85 años, con antecedentes personales de HTA, hiperuricemia y oclusión paravertebral asintomática de la arteria subclavia izquierda, por dolor en hemitórax, brazo y costado izquierdo de 3 horas de evolución. Asociado, según ella misma, a sobreesfuerzo previo por levantar una puerta de elevado peso. Describe dolor opresivo continuo que no empeora con la inspiración profunda o los movimientos, y que ha mejorado con la administración de un paracetamol oral. No acompañado de cortejo vegetativo, ni palpitations. En urgencias únicamente persiste dorsalgia residual. Exploración física sin hallazgos significativos. Buen estado general, consciente, orientada y hemodinámicamente estable. Se decide solicitar ECG, analítica de sangre y pruebas de imagen, además de pautar tratamiento sintomático. Pruebas complementarias: - ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, PR normal, QRS ancho con morfología de BCRIHH (previamente conocido), T negativa en I y aVL, elevación de ST en V1-V3 - Radiografía tórax: ICT normal, pinzamiento de senos posteriores - Analítica de sangre (a destacar): 21.100 leucocitos (N 94%), CK 211, TnT 992 Solicitamos valoración por cardiólogo de guardia, el cual le lleva a cabo un ecocardiograma no reglado concluyente de IAM anterior. Dada la buena vida basal de la paciente (IABVD) deciden realizar coronariografía de urgencia donde evidencian arterias coronarias epicárdicas sin lesiones y en ventriculografía una acinesia medioapical. En ETT, FEVI severamente deprimida. La paciente es hospitalizada por IAM anterior con disfunción VI severa.

CONCLUSIONES:

Este caso clínico es un ejemplo práctico de por qué no debemos subestimar una dorsalgia. Es fundamental realizar una buena anamnesis. En este tipo de casos, indagar acerca del tipo de dolor, inicio, intensidad, duración etc., puede hacernos sospechar otras causas diferentes a la que a priori se sospecha. A su vez un ECG o una analítica de sangre son pruebas sencillas y eficientes, a la vez que importantes de cara al diagnóstico de un dolor torácico o dorsal.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1068

¿QUIÉN ME VA A CURAR EL CORAZÓN PARTÍO?

A Ruiz García, E Bonasa Alzuria, F Alcaine Chaure, A García García,
E Concha Mayayo, T Cordova Irusta

Hospital de Alcañiz. Teruel

PALABRAS CLAVE: síndrome coronario agudo-electrocardiograma-rotura cardiaca

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 52 años, desplazado en otra CA presenta infarto anterior extenso. ICP 1º en DA proximal e implante de stent fármacoactivo. Lesión en CD sobre la que no se actúa. ECOcardio: solución de continuidad en ápex y trombo adherido relacionado con rotura cardiaca contenida. Trasladado a hospital de mayor nivel para intervención quirúrgica (IQ) con parche de refuerzo en miocardio. ECOcardio al alta: zona de acinesia anterior y apical. FEVI 39%. El ECG sólo describe ritmo sinu-sal. En su domicilio (tras largo viaje en AVE y vehículo particular), antes de 24 horas del alta, dolor anginoso. Remitido a nuestro hospital (Nivel I). En ECG BIRDHH, Q en V3-V4 y supradesnivelación ST en V3-V5. Troponina T ultrasensible 99 y NT-proBNP 2463. Impresión de gravedad e importante vegetativismo. Requiere dosis bajas de nitratos. Comentamos con hemodinámica de nuestro hospital de referencia, aconsejando primero ECOcardio, por lo que contactamos con UCI aceptando traslado. Allí contactan con hospital donde se realizó IQ, confirmándose similitud del ECG al actual. Nueva ECOcardio con FEVI moderada-severamente deprimida, aneurisma ventricular con probable trombo ventricular vs. borde endocárdico de hematoma intramiocárdico. Biomarcadores en ascenso. Cateterismo electivo: trombosis del stent en DA proximal. ACTP + stent intra-stent y en segundo tiempo stent en circunfleja distal y coronaria derecha. DAI y alta.

CONCLUSIONES:

El SCA es una de las urgencias más inquietantes en hospitales sin UCI ni hemodinámica. Las complicaciones pueden ser mortales si se prolonga el tiempo de derivación a un Hospital de mayor nivel. En nuestro caso, el paciente ha estado en cuatro centros diferentes, de tres CA y en diferentes niveles asistenciales. Dado que una complicación tiene lugar en su domicilio habitual, tras la IQ, es interesante reflejar la simplicidad e importancia del informe de alta, que genera dudas diagnósticas en nuestro centro.

P-1074

COMA DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE
CON DÉFICIT DE ALFA1-ANTITRIPSINA

M Camprodón Gómez, J Vidal, S Romero, E Domingo, J Sarrajo,
A Ricart, J Llaneras

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: alfa1-antitripsina-coma-encefalopatía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se presenta el caso de un varón de 68 años exfumador, antecedentes de EPOC GOLD IV secundario a déficit de alfa1-antitripsina PIZZ, asociándose insuficiencia cardiaca por cor pulmonale. Además en seguimiento por patrón de citolisis de larga evolución con ecografía de 2013 sin signos de hipertensión portal. Ingreso reciente por infección respiratoria tratada con ceftazidima. Acude a urgencias tras 48 horas del alta hospitalaria por cuadro de disminución progresiva y fluctuante del nivel de conciencia. A su llegada Glasgow 10 con pupilas isocóricas, sin clara focalidad, presentando asterixis. Ante lo cual se plantean las posibles causas etiológicas. Se realiza TAC craneal sin alteraciones. Tratándose de un paciente con neumopatía grave se realiza gasometría que descarta hipercapnia. Los tóxicos en orina son negativos, y se administra flumazenilo y naloxona sin respuesta. Como causa tóxica remota se planteó encefalopatía por cefalosporinas, pero la latencia del cuadro desestimaba dicha posibilidad. Se realiza analítica sanguínea que muestra plaquetopenia y coagulopatía leve así como discreta colestasis con aumento de bilirrubina. Por lo que se decidió determinar niveles de amonio, siendo de 268 µmol/L. (16- 53 µmol/L). Ante cuadro compatible con encefalopatía hepática se realiza ecografía abdominal mostrando parénquima hepático heterogéneo sin visualización clara del sistema portal. Se realiza AngioTC abdominal que evidencia gran shunt porto-sistémico a nivel de la vena renal izquierda. Se inicia tratamiento con enemas de lactulosa, desestimándose embolización del shunt. El paciente manifestó con anterioridad el rechazo a intubación. Finalmente presentó disminución grave del nivel de conciencia, siendo éxitus.

CONCLUSIONES:

El déficit de alfa1-antitripsina es una patología congénita que produce neumopatía en forma de enfisema. Siendo la hepatopatía la segunda manifestación clínica más frecuente, cuya patogenia se basa en el acúmulo de la proteína anómala a nivel de los hepatocitos. Aproximadamente un 10-15% de los recién nacidos desarrollarán alguna forma de enfermedad hepática. En adultos se les diagnostica a partir del hallazgo de una elevación de transaminasas o por signos de cirrosis establecida. Las guías de práctica clínica recomiendan en estos pacientes el estudio periódico de la función hepática. Actualmente no existe un tratamiento específico para el tratamiento de la hepatopatía.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1075

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y...

A Martínez Cámara, P Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete,
J Álvarez Fernández, J Sánchez-Prieto Castillo, MA Sastre Perona,
F Sabatel Pérez, R Rubio Díaz

Complejo Hospitalario de Toledo

PALABRAS CLAVE: hypertension-angina pectoris-brain diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica con lesión moderada en arteria coronaria descendente anterior no susceptible de revascularización, sin disfunción ventricular, anemia por gastritis crónica atrofica. Portadora de marcapasos DDD por disfunción sinusal. Tratamiento: pantoprazol, diltiazem, ramipril, torasemida, clopidogrel, atorvastatina. Consulta por dolor torácico opresivo con irradiación a brazo izquierdo, de inicio espontáneo, sin cortejo vegetativo de 3 horas de evolución. Niega cefalea, papitaciones o alteraciones visuales. Asintomática previamente. Presenta presión arterial: 200/90 mmHg, similar en ambos brazos, frecuencia cardiaca: 83 latidos/minuto, afebril, saturación de oxígeno: 99%. La exploración física es anodina con auscultación cardiopulmonar normal y sin focalidad neurológica. ECG con ritmo sinusal a 78 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho con infradesnivelación del segmento ST descendente en derivaciones V2-V4 de 1 mm, compatible con sobrecarga del ventrículo izquierdo. Radiografía de tórax con cardiomegalia. Analítica de sangre y sistemático de orina sin hallazgos significativos, sin elevación de troponina. Tras cefinitrina sublingual persisten cifras elevadas de presión arterial y dolor. Se administra captopril 25 mg vía oral con presión arterial posterior de 160/70 mmHg cediendo el dolor torácico. ECG posterior sin cambios. Permanece estable con buenas cifras de presión arterial hasta que presenta episodio de desconexión del medio manteniendo tono muscular, pupilas simétricas y normorreactivas con presión arterial de 220/90. En TC craneal únicamente se observa leve angiopatía de pequeño vaso. Tras 20 mg de labetalol intravenoso decien den las cifras de presión arterial y la paciente se encuentra reactiva, con leve cefalea. Se pauta perfusión de labetalol modificando la velocidad según evolución, cediendo la cefalea. Nueva analítica normal similar.

CONCLUSIONES:

En pacientes con presión arterial sistólica mayor de 180 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor de 120 mmHg hay que valorar si se trata de una crisis hipertensiva o si es una emergencia con afectación de órganos diana, principalmente cerebral, cardiaca o renal. Es importante controlar la evolución de estos pacientes durante las primeras horas. En este caso la paciente presentó una emergencia hipertensiva con clínica anginosa y encefalopatía hipertensiva con buen control en urgencias que ingresó para estudio.

P-1076

EL CASO MOSCHCOWITZ

P Pérez Martín, S Sánchez Ruiz, M Fernández Escribano,
C Herrero Montes, I Gómez- Barreda de la Gándara

Hospital Universitario de Guadalajara

PALABRAS CLAVE: purpura-thrombocytopenic-paraneoplastic

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Enfermedad actual: Varón de 63 años que acude a urgencias por comenzar esa misma mañana de forma brusca con sensación de mareo sin giro de objetos y cefalea. Acude a SUAP donde objetivan crisis hipertensiva que mejora con captopril, por lo que es remitido al domicilio. Posteriormente presenta dificultad para articular lenguaje, desviación de la comisura labial a la derecha, inestabilidad de la marcha persistiendo el mareo y la cefalea sin alteración de cifras tensionales por lo que acude al hospital. No otras alteraciones neurológicas ni otra patología preguntada por aparatos. Antecedentes Personales: NRAMC, No FRCV: 1. Carcinoma espinocelular de amígdala izquierda operado en Octubre 2009. 2. Adenocarcinoma pulmonar parahiliar derecho estadio IV con Metástasis pulmonares contralaterales. Implantes pleurales izquierdo, metástasis suprarrenal izquierda y óseas líticas. Desde el 29/08/16 hasta 31/10/2016- > Cisplatino+Pemetrexed x 4 ciclos. TAC con mejoría parcial pasando desde el 21/11/16 a Pemetrexed solo (último ciclo el día 12/12/16). Exploración Física: Afebril. Sin alteraciones salvo disartria. RX TÓRAX: Sin cambios respecto a previas. TC CRANEAL: Sin alteraciones. ANALÍTICA: Hgb: 7,9, Plaquetas: 11,0, plaquetocrito: 0,01, linfocitos: 0,8. FROTIS: trombopenia confirmada muy severa. Plaquetas anisopoikilocitosis, abundantes esquistocitos (10%) y microesferocitosis (1%). Ligera tendencia rouleaux (monocitopenia y linfopenias severas). Coagulación: sin alteraciones. AST: 118, GGT: 238, LDH: 1690. FA: 174. BT: 4,9 BD: 1,8. PCR: 42,2. Creatinina: 2,31, FG: 29. Coombs directo: negativo. DIAGNÓSTICO: Púrpura Trombocitopénica Trombótica Paraneoplásica.

CONCLUSIONES:

La PTT idiopática es muy poco frecuente: 4 casos/millón de habitantes, la paraneoplásica tiene una incidencia todavía más baja sin llegar a reportarse el número de casos/año. Las causas que sospechamos en la Urgencia como posibles desencadenantes de la enfermedad fueron la quimioterapia que recibió previamente y una posible diseminación maligna en la que las células tumorales actuaran contra la metaloproteasa ADAMTS13 reduciendo el número. El diagnóstico inicial se basa en la clínica y se apoya en las pruebas de laboratorio y en una prueba muy específica (recuento de ADAMTS 13) que no se hace en todos los centros. Tras el diagnóstico de sospecha se avisó al Servicio de Hematología quien se puso en contacto con otros Hospitales para llevar a cabo tratamiento y pruebas a las que no teníamos acceso. Pese a la baja frecuencia de esta enfermedad se debe considerar una Urgencia Médica, sin tratamiento cursa con muerte a los 10-14 días.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1077

DOCTOR, ME MAREO

**B Cinta Bella (1), RM Casas Sepúlveda (2), C David Iglesias (2),
CM Orejuela Carmona (3), P Ciardo (4), R Rubio Díaz (4),
FJ Román Pérez (1)**

(1) Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. (2) Centro de Salud de Bargas. Toledo.
(3) Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. (4) Hospital Virgen de la
Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: bloque auriculoventricular-marcapasos-indicaciones

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 60 años que acudió a consulta por cuadro de mareos con sensación de inestabilidad de tres días de duración. No dolor torácico, no pérdida de conciencia, no náuseas o vómitos. Como antecedentes personales de interés destacar: hipertensión, hernia inguinal estrangulada intervenida, tiroidectomía total con hipotiroidismo postquirúrgico y quistes renales corticales bilaterales. A su llegada a la consulta presentaba tensión arterial 114/63 mmHg, frecuencia cardíaca 44lat/min, saturación de oxígeno 98%, auscultación cardiorrespiratoria normal y exploración neurológica normal salvo aumento de la base de sustentación. Realizamos Electrocardiograma en el que se objetivó bradicardia sinusal a 36 lat/min, eje normal, PR 320 mseg, QRS estrecho, no alteraciones isquémicas de la repolarización. Por ello decidimos remitir a urgencias hospitalarias donde se realiza una analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normales, radiografía de tórax normal y ecocardiograma en el que se observaba un ventrículo izquierdo con hipertrofia septal y función sistólica normal. Afectación valvular degenerativa sin repercusión funcional. Aurícula izquierda ligeramente dilatada. Ante estos hallazgos nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: vértigo periférico benigno, hipotiroidismo, crisis hipertensiva, infarto agudo de miocardio y tromboembolismo pulmonar. Tras objetivar en el electrocardiograma realizado en el centro de salud un bloqueo auriculoventricular de primer grado, junto con la sintomatología del paciente, y la confirmación en urgencias hospitalarias de una bradicardia sinusal a 26lat/min, se decidió la implantación de marcapasos definitivo. Diagnóstico final: Bloqueo auriculoventricular de primer grado asociado a bradicardia.

CONCLUSIONES:

Es conocida la indicación de marcapasos en bloqueos auriculoventriculares tanto completos como de segundo grado tipo Mobitz II. Sin embargo son varias las guías que abogan por la implantación de marcapasos ante bradicardia asociada a síntomas que se presuponen debidos a bloqueos auriculoventriculares, así como la presencia de un intervalo PR $\geq$ 300ms. Consideramos muy novedoso e importante el caso que nos atañe puesto que, como hemos comentado, debemos considerar la implantación de marcapasos además de en las indicaciones ya conocidas, en pacientes que presenten bradicardia sintomática a menos de 40lat/min junto con bloqueo auriculoventricular de primer grado.

P-1078

MANEJO DE DOLOR INTERESCAPULAR DE CARACTERÍSTICAS INESPECÍFICAS

I Dalouh Ounia (1), L Gómez Zafra (2), N Orozco Casado (3)

(1) Centro de Salud de Torredonjimeno. Jaén. (2) C. S. San Felipe. Jaén.
(3) C. S. Federico del Castillo. Jaén

PALABRAS CLAVE: dolor interscapular-disartria-desorientación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 65 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata e hipertensión arterial es trasladado a Urgencias del Hospital por dolor torácico irradiado a región interscapular y lumbar de horas de evolución, con alteración en la repolarización en el electrocardiograma, en los días previos refiere que ha presentado un episodio de características similares por los cuales tuvo que ser atendido en urgencias del Hospital resolviéndose sin ninguna incidencia. A su llegada al área de observación del hospital el paciente permanece estable, a la exploración, se encuentra estable hemodinámicamente, consiente y orientado, auscultación cardiorrespiratoria destaca soplo sistólico polifocal, resto de la exploración y constantes dentro de la normalidad. En pruebas complementarias destaca elevación de la enzima troponina a 1,6, electrocardiograma de urgencias en ritmo sinusal con criterios de hipertrofia ventricular izquierda, radiografía de tórax dentro de la normalidad. Ante dolor torácico se inicia tratamiento de síndrome coronario en el misma área de observación, a las pocas horas, el paciente comienza nuevamente con dolor interscapular intenso que cede parcialmente a analgésicos, posteriormente comienza con cuadro de confusión y obnubilación, pérdida de fuerza en miembro superior derecho, disartria acompañada de desviación de la comisura bucal, ante este nuevo cuadro clínico se pide nuevamente prueba de imagen de TAC no apreciándose lesión isquémica aguda. Ante la persistencia del dolor interscapular irradiado a región precordial y clínica neurológica, se contacta con UCI que sugiere posibilidad de aneurisma de aorta solicitando angio-Tac.

CONCLUSIONES:

Mediante la prueba de imagen se confirma el diagnóstico de Diseccción aorta tipo A, se contacta con cirugía cardíaca y UCI del Hospital de referencia y se decide traslado con la unidad de críticos iniciándose tratamiento con labetalol 100 mg en 100cc de suero fisiológico y perfusión de morfínicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1079

DOCTOR, YO ESTABA DORMIDO Y ME DESPERTÉ ASÍ

ML Docavo Barrenechea-Moxó (1), D Chaparro (1), P Jiménez (2),
B Brizzi (1), T Cocco (1), V Azmequeta (1), FJ Martín (1)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) Centro de Salud Valle Inclán. Madrid

PALABRAS CLAVE: epilepsy-shoulder-dislocation

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 56 años con antecedentes de HTA, dislipemia, litotricia renal, luxación glenohumeral posterior izquierda en 2014, sin alergias medicamentosas conocidas. Vive solo. Tratamiento habitual: Amlodipino 5mg: 0-0-1, Simvastatina 20 mg: 0-0-1, Enalapril 20mg 1-0-0. Acude a urgencias por dolor e impotencia en hombro derecho de aparición espontánea, niega antecedente de traumatismo. Refiere haberse levantado a las dos de la mañana a orinar, encontrándose bien y volviendo a acostarse. Dos horas después se despierta presentando dolor lumbar y en hombro derecho. Su hermano al visitarle esa mañana le nota raro con bradilalia y? lenguaje tartaja?, deformidad del hombro derecho presentando rotación externa bloqueada e impotencia funcional. En el servicio de Urgencias se realiza el diagnóstico de luxación glenohumeral posterior derecha y posible cuadro de crisis comicial. Se realiza el tratamiento de la luxación por el servicio de traumatología y se deriva a consulta de neurología. En la consulta de neurología se aprecia en un vídeo EEG actividad epileptiforme en región temporal anterior izquierda durante el sueño. Siendo el TAC, RMN y EEG normales.

CONCLUSIONES:

En el servicio de urgencias es importante la atención inmediata, la estabilización y resolución de la patología por la que se consulta, pero nuestras posibilidades de actuación van más allá del momento agudo, siendo fundamental, la visión global del paciente. No solo es importante apreciar el resultado final, en este caso la luxación, sino también buscar una causa que ayude al tratamiento bien etiológico, bien preventivo, evitando así la reiteración de la sintomatología con las consecuencias que pueda conllevar.

P-1082

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO SIGNO DE UNA ENFERMEDAD DE BASE

R Ruiz Merino (1), I García (1), MM Villacorta (2), AL Martins (3),
K Ampuero (3), V García (1)

(1) C. S. Arturo Eyries, Área Oeste. Valladolid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Área Oeste. Valladolid. (3) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Río Hortega. Área Oeste. Valladolid

PALABRAS CLAVE: fracaso renal agudo-tensión arterial elevada-glomerulonefritis

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 17 años sin alergias conocidas y sin antecedentes personales de interés. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital derivado por su Médico de Atención Primaria debido a hallazgos de tensión arterial elevada en consulta (166/90) junto con alteraciones analíticas (elevación de creatinina, proteinuria y anemia). El paciente refiere astenia, sequedad de piel y caída de pelo de cola de cejas, epistaxis frecuentes y odinofagia actual, fiebre desde hace 3 días. No refiere síndrome miccional hematuria, alteraciones del hábito intestinal, variación del peso, edemas o exantemas. Tampoco conducta sexual de riesgo o tóxicos. En la exploración física, lesiones de rascado y amigdalitis pultácea sin otros hallazgos. En la analítica se objetiva anemia, junto con K+ 6.1 urea 225, creatinina de 5.61, PCR 6, pH7.15, sistemático de orina con hematíes y proteínas, Na+ 36. Electrocardiograma: T anchas y picudas en todas las derivaciones. Radiografía de tórax y Ecografía abdominal sin hallazgos. Se realiza interconsulta a Nefrología por Fracaso Renal agudo e hiperpotasemia leve y se inicia tratamiento corrector con bicarbonato, suero glucosado e insulina, salbutamol en aerosol y furosemida. Ingresa en Nefrología para estudio. Durante el ingreso el paciente mantiene cifras elevadas de creatinina pese a sueroterapia por lo que se inicia diálisis y corticoterapia, y se realiza biopsia renal para diagnóstico de certeza. La familia revela un antecedente de LES en tía materna, se hallan anticuerpos ANA positivos y el estudio concluye Nefropatía Lúpica difusa (grado IV), por lo que se inicia tratamiento específico con Ciclofosfamida.

CONCLUSIONES:

La insuficiencia renal aguda es una patología prevalente en Urgencias, siendo en su mayoría prerrenal. Descartado el origen prerrenal y el postrenal, pensaremos en una parenquimatosa. En este caso presentamos una glomerulonefritis aguda en la que, por las características del paciente, nos planteamos diagnóstico diferencial con Mesangial IgA y postestreptocócica. Debemos establecer un adecuado tratamiento para la acidosis metabólica y la hiperpotasemia, condiciones acompañantes que pueden aumentar la comorbilidad de la enfermedad de base.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1092

CLAUDICACIÓN CERVICAL Y DISNEA: MIASTENIA GRAVIS

N Blanco Hernández, N Bejarano Rivera, F Sánchez Méndez, S Castejón Hernández, M Luengo Alarcón, A Peña Fernández, M Cruz Grullón

Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: miastenia gravis-timoma-debilidad muscular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 72 años con antecedentes de Hipertensión arterial, timectomía por timoma, monorreno, que consulta por clínica de 1,5 meses de debilidad de musculatura cervical con claudicación cefálica al despertarse precisando un collarín para mantenerse erguido. Dos semanas antes de consultar inicia disfagia y disnea de moderados esfuerzos que empeora hasta el reposo. Niega debilidad de EEII. No clínica infecciosa respiratoria ni fiebre. En urgencias paciente normotenso, taquicárdico, saturaciones basales de 88-90%, eupneico, exploración cardiovascular y respiratoria normal. Glasgow 15, fuerza EEII conservada, extremidades superiores 3/5, fatigabilidad musculatura cervical, pares craneales conservados. Gasometría con insuficiencia respiratoria hipercapnica (PO₂: 56, PCO₂: 48). Radiografía sin condensación pulmonar. Se orienta como Miastenia Gravis (MG) iniciándose metilprednisolona e.v. En medicina interna, pruebas funcionales respiratorias con alteración ventilatoria no obstructiva/restrictiva de severa intensidad, con presiones inspiratorias y espiratorias (PIM-PEM) del 17% del teórico (normal >80%) mostrando fuerza muscular respiratoria gravemente disminuidas. Electromiografía con musculatura paravertebral cervical izquierda patológica compatible con MG. Presenta Anticuerpos-antinucleares (Hep2) positivos y Anticuerpos-anti R- acetilcolina de 49,81 nmol/L (normal 0.00-0.20). Ante clínica y resultados descritos se diagnóstica de MG que se trata con metilprednisolona y piridostigmina. Se realiza Tomografía torácica que descarta recidiva del timoma.

CONCLUSIONES:

En España se han reportado hasta 21 casos por millón de MG, en torno al 10-15% se asocian a timoma y un 70% a hiperplasia tímica. Habitualmente en un 70% inician con afectación ocular y 10% bulbar (disartria y disfagia) siendo excepcional la debilidad de los músculos del cuello, relacionándose estos casos con un empeoramiento rápido de la enfermedad. Existen estudios que muestran recidivas de timoma tras timectomía, debido a restos tímicos en el trayecto embrionario, en nuestro caso es dudoso si podría relacionarse con el timoma. Remarcamos la presentación infrecuente de nuestro caso, claudicación cervical, que se relacionó con una rápida progresión de la enfermedad, Neumonía intrahospitalaria requiriendo ventilación mecánica, crisis miasténica tratada con inmunoglobulinas y posterior fallecimiento. A pesar de la presentación atípica de nuestro caso, así como en otra clínica de presentación típica debe sospecharse MG desde urgencias, iniciar tratamiento y solicitar estudio de autoinmunidad.

P-1094

LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA ANTICOAGULACIÓN ANTE ARRITMIAS EMBOLÍGENAS

A Cordero Moreno, M Martínez Ibáñez, JM Cañizares Romero, I Corrales Álvarez, MM Rojas Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: atrial flutter-anticoagulación in atrial flutter-pulmonary embolism

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 59 años, hipertenso con retraso mental moderado en seguimiento, independiente para las ABVD. Acude al servicio de urgencias por dolor, aumento de temperatura local e impotencia funcional a nivel del miembro inferior derecho de unos 3 días de evolución. Hoy el dolor es más intenso y refiere aumento del mismo con la bipedestación, sobre todo en la zona gemelar. Además, refiere tos seca crónica de larga data, sin saber especificar la duración exacta, asociado a palpitaciones. No refiere disnea. Refiere diagnóstico de flutter en días previos, siendo dado de alta sin tratamiento anticoagulante debido a que el propio paciente solicitó el alta voluntaria. Buen estado general. Eupneico en reposo. Afebril. TA: 154/85, FC 71lpm, SatO₂ basal 95%. Auscultación: tonos arrítmicos. Murmullo vesicular pulmonar conservado. Abdomen anodino. Extremidad inferior derecha: aumento de la temperatura local, eritematosa, dolorosa, con empastamiento y homans positivos. Edema pretibial con fovea. Pulso pedio abolido. EKG: flutter con respuesta ventricular controlada. Sin alteraciones de la repolarización. Analítica: Hemograma: normal. Coagulación: TP 54,7%, INR 1,39, Dímero D: 21611. Bioquímica: PCR 59,9, resto normal. Radiografía de tórax: Tractus fibrosos sugerentes de atelectasia en base derecha. ECO Doppler: Vena poplítea derecha aumentada de calibre, no permeable ni colapsable, y con material ecogénico en su interior. Hallazgos compatibles con trombosis venosa profunda a nivel poplíteo. AngioTAC: Defectos de repleción compatible con TEP en la arteria pulmonar principal derecha y a nivel de las arterias segmentarias en lóbulo inferior izquierdo. Hallazgos compatibles con TEP bilateral. Juicio clínico: Flutter auricular. Trombosis venosa profunda con troboembolismo pulmonar bilateral. Evolución: Durante su ingreso permanece eupneico y mejora de su SatO₂ basal al alta hasta 98%. Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular. Otras arritmias supraventriculares.

CONCLUSIONES:

Las cardiopatías embolígenas son un grupo de condiciones heterogéneas que tienen en común que presentan un elevado riesgo de tromboembolismos sistémicos. De ahí la importancia en la prevención de estos desenlaces mediante tratamiento antitrombótico adecuado, valorado de forma individual en cada caso, mediante la estratificación del riesgo trombótico (CHADS VASC2) y hemorrágico (HAS-BLED).



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1096

ESTUDIO DE SÍNCOPE

AM Matas Lara, E Granados Laguna, MD Jiménez Baena, T Ruiz Domínguez, N Fernández de Cañet Ramírez, A Serrano Heras
Hospital San Agustín. Linares, Jaén

PALABRAS CLAVE: cardiogenic syncope-de pointes, torsade-tako tsubo cardiomyopathy

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 30 años, estadounidense, de viaje en España. Ingresó en el Servicio de Urgencias, en el área de Observación, tras sufrir síncope con relajación de esfínteres, precedido de cefalea opresiva occipital, parestesias en ambos miembros superiores y disnea. El cuadro presenta segundos de duración y se resuelve de forma espontánea con recuperación completa y sin secuelas. Entre sus antecedentes personales destaca epilepsia en tratamiento con Lamotrigina. 48 horas antes del episodio inició tratamiento con Paracetamol y Pseudoefedrina por catarro de vías altas. Se realiza ECG que muestra ritmo sinusal, hemibloqueo anterior izquierdo y QT de 550 ms. Se realiza analítica de sangre en la que únicamente destaca hipocalcemia leve. Durante la estancia en observación, la paciente presenta episodio de características similares, objetivándose en registro electrocardiográfico Torsade de Pointes autolimitada de segundos de duración. Se pauta Amiodarona. Se realiza interconsulta con UCI, que ingresa a la paciente. Se realiza Ecocardiografía-Doppler y RMN cardíaca, que no muestran hallazgos significativos. Se deriva a la paciente a nuestro hospital de referencia para realización de coronariografía que evidencia hipoquinesia de segmentos medios inferior y anterior e imagen angiográfica sugerente de Tako-Tsubo. Coronarias sin lesiones. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada. Se inicia tratamiento con beta-bloqueantes y la paciente se mantiene asintomática durante todo el ingreso, siendo dada de alta con un registro electrocardiográfico normal y aconsejándose estudio por Cardiología en su lugar de residencia.

CONCLUSIONES:

- El síndrome de Tako-Tsubo es una miocardiopatía aparentemente efímera que produce un grado variable de disfunción ventricular, por definición, reversible. Relacionado ocasionalmente con situaciones estresantes.- Presenta una coronariografía sin estenosis significativas, a pesar de su similitud con el síndrome coronario agudo.- El síndrome Tako-Tsubo se asocia a alteraciones de la repolarización entre las que destacan elevación del segmento ST, inversión de la onda T, aparición onda Q y QT prolongado. - La asociación entre esta miocardiopatía y la Torsade de Pointes no se conoce exactamente, pero parece ser que la prolongación del intervalo QT inducido por bradicardia, puede verse agravado por la aparición de Tako-Tsubo, lo que favorecería el desarrollo de la Torsade de Pointes.

P-1105

MIOCARDIOPATÍA TIROTÓXICA Y ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C Baldeón Conde (1), L Campos Caubet (2), A Grasun (1), E Peraita Fernández (1), L Iglesias Oliva (1), P Garmilla Ezquerro (1)
(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Hospital Sierrallana. Cantabria

PALABRAS CLAVE: hipertiroidismo-ecocardiografía-miocardiopatía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: La acción de las hormonas tiroideas afecta a todos los órganos especialmente al sistema cardiovascular. El hipertiroidismo genera aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la precarga por aumento de la relajación diastólica, aumento de la poscarga por disminución de resistencias vasculares. Todo ello conlleva un aumento del gasto cardíaco. La angina es infrecuente pero puede darse por el desbalance entre la oferta y la demanda de oxígeno miocárdico o por vasoespasmos. Sin embargo su presencia normalmente implica coronariopatía. Por otro lado, en los últimos años la aplicación de la ecografía a pie de cama se está extendiendo en los servicios de urgencias, estableciendo protocolos de valoración del paciente con disnea aguda que ayudan a reducir demora en el diagnóstico y pruebas innecesarias y mejoran la seguridad del paciente. **Paciente:** Mujer de 47 años sin AP de interés. Acude a hospital comarcal donde refiere aumento de disnea hasta 4/4, ortopnea, edemas en EEII y episodios de dolor torácico opresivo sin relación con los esfuerzos. Pérdida de 16 kg en los últimos 3 meses. En la exploración física destacaba una FC:120lpm, FR:20, TA:120/70, satO2:97%, T°:36°C. Soplo cervical. Ligero aumento de PVY. AP: crepitantes en bases. EEII: edemas con fovea distales. En las pruebas complementarias: troponina pico máximo: 1,72ng/ml, proBNP: 588pg/ml, TSH:<0,005, T4:8,23, ECG: taquicardia sinusal con alteraciones en la repolarización difusa de predominio en cara lateral. Ecografía a pie de cama: Disfunción moderada de ventrículo izquierdo(cualitativa),VI:55,4cm,E septo:9,5mm,S mitral:8cm/seg,Onda E:104cm/seg,onda e':11cm/seg.Alt segmentarias en cara anterior y lateral.A nivel pulmonar presentaba líneas B basales bilaterales. Rx tórax:signos de redistribución vascular.Resultado: Con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y angina inestable en contexto de hipertiroidismo se deriva a hospital general para valoración por coronarias. Durante el ingreso se realiza coronariografía que muestra origen anómalo de la coronaria izquierda en el seno coronario derecho. Dominancia derecha. DA de escaso desarrollo y espasmo generalizado.

CONCLUSIONES:

En pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular con debut de insuficiencia cardíaca y angina de pecho hay que plantearse como posible diagnóstico las tiropatías. Destacar la utilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de la disnea aguda como método útil para reducir demora en el diagnóstico y mayor certeza clínica.



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1119

**CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE NO EPILÉPTICO:
NO TODO ES NEUROLÓGICO**

**I Nakonetchnyi Tolchin, T Bernabeu Torregrosa, L Cifuentes García,
R Martín Iborra, R Vizcaíno Pinedo, M Pinilla Bernechea,
P Romero Crespo**

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: crisis convulsiva-síndrome Stokes Adams-bloqueo AV completo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 70 años, con antecedentes de dislipemia y bloqueo bifascicular en estudio por Cardiología, es traído por Soporte Vital Básico tras presentar en su domicilio episodio de mareo, pérdida de conocimiento, síntomas vegetativos, con rigidez tónica, desviación de la mirada e hipersalivación bucal. Episodios que ha ido presentando desde hace 6 meses, que empiezan de manera brusca y duran unos minutos (entre 1-3) ceden espontáneamente. Los mareos han sido causa de ingreso reciente en Neurología sin objetivar causa orgánica tras estudio completo (EEG, RMN, TAC). A su llegada el paciente vuelve a presentar una crisis, con mal aspecto general, mareo seguido de rigidez tónica, convulsiones generalizadas de escasos segundos de duración, cianosis y desviación de la mirada. Se administra Díazepam 5 mg IV por sospecha de crisis convulsiva. Al monitorizar la paciente con ECG se observó bloqueo A-V de tercer grado con más de 10 ondas p sin conducir por ningún complejo QRS. Se coloca marcapasos transcutáneo y 1 mg de Adrenalina. Ingresó en UCI. Posteriormente es alta desde Cardiología (tras paso por UCI) con el diagnóstico de Síndrome de Stokes Adams y Bloqueo A-V completo. No ha vuelto a presentar crisis convulsivas hasta el momento actual.

CONCLUSIONES:

Ante una clínica de convulsiones, aunque lo más frecuente es que se trate de un proceso neurológico primario, las exploraciones complementarias básicas, en este caso un ECG, son indispensables para filiar procesos agudos que en ocasiones pueden pasar desapercibidos. Este paciente fue estudiado incluso con un estudio Holter y Ecocardiograma los meses previos, sin objetivarse alteraciones reseñables con ECG con bloqueo bifascicular y conducción A-V en el límite alto de la normalidad. Ha sido en un momento de las crisis cuando la monitorización ha sido de máxima utilidad para el diagnóstico del paciente.

P-1121

**ANEURISMA AORTOILIACO BILATERAL SINTOMÁTICO
CON RIESGO INMINENTE DE ROTURA**

**VE Fermín Ramírez, JG Lara Lara, MR Frías Hervás, S Pérez Pinto,
M Martín Sánchez**

Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: aneurisma-aortoiliaco-abdominalgia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 77 años. Sin antecedentes ni tratamiento habitual. Consulta a Urgencias por presentar desde hace 18h, dolor abdominal cólico, en hipogastrio, no irradiado, acompañado de polaquiuria sin disuria, disminución de fuerza del chorro miccional. Estreñimiento de 3 días. No cortejo vegetativo, ni mejoría con analgesia convencional, sin otros síntomas. TA: 176/109 mmHg, Tª 37,3°C, FC: 69 l.p.m. BEG, Eupneico. Exploración: hidratado y perfundido. Murmullo vesicular conservado, sin agregados. Rítmico, no soplos audibles. Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no masas ni visceromegalias. Tacto Rectal: Esfínter tónico, próstata renitente no agrandada, heces blandas, marrones. Extremidades: sin edemas, buen llenado capilar, pulsos femorales a pedios presentes y simétricos. Resto normal. Analítica: Hemograma, Bioquímica y Coagulación, normales. Sistemático de Orina: Ph: 7, Urobilinógeno: 2mg/dl, Proteínas: 100, Eritrocitos: 20cel/??l, Leucocitos y Nitritos: Negativo. Sedimento: Células epiteliales moderadas y mucina, 5/8xC, hematíes aislados. RX Abdomen: Calcificación gruesa de paredes aórtioilíacas, posible imagen quística hepática. Se solicita TAC Abdomen: Aneurisma de Arteria Ilíaca Interna Izquierda con riesgo de rotura inminente. Aneurisma de Aorta Abdominal infrarrenal, ambas Ilíacas Primitivas e Ilíaca Interna Derecha sin signos de complicación. Mínimo derrame pericárdico. Quiste hidatídico. Se reservan 2 unidades de Concentrado Hematíes y se traslada inmediatamente a Cirugía Vascular del Hospital Clínico en Salamanca, realizándose exclusión de Aneurisma Aortoiliaco bilateral mediante endoprótesis, evolución clínica favorable alta médica el día siguiente. En segundo tiempo, se realizó exclusión de Aneurisma Hipogástrico derecho. TAC control a los 6 meses evidencia posible fuga a nivel de endoprótesis, estable, pendiente nueva valoración.

CONCLUSIONES:

Los aneurismas Aortoiliacos, suelen ser diagnosticados de forma incidental por una prueba imagenológica. La relación hombre/mujer es 5- 16:1, típicamente, en etapas tardías de la vida, entre 65 a 75 años. Hasta 50% son bilaterales. Permanecen asintomáticos hasta el momento de su ruptura. La mortalidad por ruptura es de 25% a 57%, la que sigue a una cirugía oscila entre 5% y 11% en reparaciones electivas, mientras asciende a 40% al 50% para una operación de emergencia por ruptura, asociado generalmente a presentación tardía de la patología y la complejidad del procedimiento.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1122

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE JOVEN COMO MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

JM Cañizares Romero, M Martínez Ibáñez, I Corrales Álvarez,
A Cordero Moreno, AM Gutiérrez García, E Sicilia Barea

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: infarto agudo de miocardio-síndrome antifosfolípido-dolor torácico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Historia clínica/Descripción del caso: Mujer de 16 años. Antecedentes personales de anemia hemolítica autoinmune con anticuerpos antifosfolípidos positivos y trombopenia autoinmune secundaria en remisión completa. Acude a urgencias por dolor centrotorácico opresivo que comienza a las 6 de la mañana, no irradiado, acompañado de náuseas y vómitos, sin sudoración ni palpitaciones asociadas. El dolor aumenta con la inspiración profunda. Hace 10 días, antecedentes de cuadro gastroentérico, sin fiebre. Niega otra sintomatología. Basalmente, asintomática cardiovascular con TA tendente a la baja y FC de 90-100 lpm. Sin antecedentes familiares de interés. Buen estado general. Consciente. TA: 103/54. FC 74 lpm. Afebril. SatO₂: 100% basal. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos sin soplos. MVC. ECG: Ritmo sinusal a 89 lpm. Elevación de SST V1-V3 y T negativa en III. Ecocardiograma: normal Radiografía de tórax: normal Analítica sanguínea: Hemoglobina 12,4. Leucocitos 10000 (Neutrófilos 58%). Troponina 14.09, CK 112, CK-MB 11.6. Analítica a las 4 horas: troponina 11.9, CK-MB 8.3 Cateterismo cardiaco: coronarias de origen anómalo, coronaria derecha por encima de unión sinotubular y coronaria izquierda en aorta tubular ascendente. Sin lesiones angiográficamente significativas. CardioRMN: IAM subendocárdico circunscrito a segmento medial inferior (20-30% del espesor mural). Sin datos de necrosis. Fracción de eyección de ventrículo izquierdo normal. Evolución: Durante el ingreso, evolución favorable sin dolor torácico ni otra sintomatología. Al alta, se establece tratamiento con Prednisona en dosis decrecientes, bisoprolol 2.5 mg cada 24 horas, AAS 100 mg cada 24 horas junto con Acenocumarol con objetivo de INR entre 2-3 (aunque se ofrece posibilidad solo de Acenocumarol con objetivo de INR entre 2-5-3.5 sin AAS). Juicio Clínico: IAM subendocárdico circunscrito a segmento inferior medial en probable relación con trombosis arterial. Síndrome antifosfolípido Diagnóstico diferencial: miopericarditis aguda no complicada.

CONCLUSIONES:

El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por trombosis arteriales y/o venosas, abortos de repetición o muerte fetal y anticuerpos antifosfolípido elevados. El infarto agudo de miocardio es una de las presentaciones más infrecuentes. El síndrome antifosfolípido debe sospecharse en todo paciente joven con IAM, especialmente si se han identificado trombosis previas de causa no conocida, plaquetopenia, tiempos de tromboplastina parciales elevados y arterias coronarias normales o trombosis coronarias.

P-1126

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A

M Montes Pérez (1), P López Tens (2), L Prieto Lastra (3),
J Villar Ramos (4), A Blanco García (5), D Fernández Torre (5)

(1) C. S. Puertochico. Cantabria. (2) C. S. Cazoña. Cantabria. (3) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (4) C. S. Dávila. Cantabria. (5) C. S. Camargo Costa. Cantabria

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-síncope-aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN La disección aórtica se produce por el desgarramiento de la íntima y la media de la aorta con formación de una falsa luz dentro de la media. Forma parte del síndrome aórtico agudo. Es la urgencia aórtica más frecuente, con una incidencia anual de 3-4 por 100.000. El pronóstico es grave, con 20% de mortalidad prehospitalización y 30% de mortalidad hospitalaria. **OBJETIVO** El reconocimiento temprano de los síntomas y la sospecha de la entidad. Así como hacer un buen diagnóstico diferencial tanto de dolor torácico, como de síncope. **PACIENTE** Mujer de 53 años que comenzó con dolor centrotorácico urente de segundos de duración con síncope posterior. Dificultad de movilización de EEDD y somnolencia tras recuperación, con activación del Código Ictus por parte del 061. Durante el traslado permaneció hipotensa (cifras en torno a 70/40) a pesar de sueroterapia continua. A su llegada a Urgencias, somnolienta, con desviación ocular derecha, paresia facial supranuclear izquierda leve, plejía de ESI y paresia leve de EII, disartria leve y cierta anosognosia. Frialdad acra y mala perfusión distal. Pedios débiles y simétricos. **RESULTADO** Bioquímica con creatinina 1.48 mg/dL, FG 40 ml/min y troponina 0.03 ng/ml. Hemograma con 18600 leucocitos, AP de 67% y dímero D de 12000. El angioTAC urgente constató disección aórtica tipo I complicada con disección de todos los troncos supraaórticos progresando hasta ambas arterias ilíacas. Raíz aórtica aneurismática con diámetro máximo de 50 mm. Hemopericardio. Se realizó intervención de Bentall-Bono urgente.

CONCLUSIONES:

Los pacientes manifiestan dolor torácico punzante o desgarrante brusco. El 10% pueden no sufrir dolor (diabéticos). El dolor se irradia al cuello en la disección tipo A. La ruptura aguda o la perfusión insuficiente, pueden causar pérdida de la conciencia. La interrupción de la perfusión a veces causa déficits neurológicos, isquemia de los miembros o isquemia visceral. La TC puede ayudar a confirmar o excluir rápidamente la disección aórtica, clasificar su importancia y diagnosticar las complicaciones. El dímero D aumenta en la disección aórtica. Valores inferiores a 500 ng/ml pueden excluir la disección aguda en las primeras 24 horas, según algunos estudios.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 14: CASOS CLÍNICOS

P-1128

MANEJO Y ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA

MM Reina Martín, AM Gutiérrez García, D Ternerero Escudero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: disnea-aneurisma-insuficiencia cardíaca

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 82 años sin alergias conocidas y con antecedentes de hipertensión, dislipemia y fumador de 20 cigarros al día. Acude a Urgencias por aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo, que comenzó de forma brusca hace unas dos horas. Además, refiere aumento de tos y expectoración en las últimas semanas, no refiere fiebre. No dolor torácico. Exploración y pruebas complementarias. Regular estado general. Paciente sudoroso, consciente, orientado y colaborador. Mal perfundido. Taquipneico en reposo. SaO₂: 90% con mascarilla con reservorio. TA: 80/40. ACP: Rítmica, no soplos. Murmullo vesicular conservado. ABDOMEN: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Miembros inferiores: No edemas. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos débiles. Radiografía torácica: Importante elongación aórtica. Infiltrado intersticial en campo pulmonar derecho que ocupa hasta lóbulo medio. Analítica sangre: Destaca Dímero-D 21417 Angio-TC Tórax: Rotura de aneurisma torácico descendente a la altura de cuerpo vertebral D7, que asocia hemomediastino posterior, el cual provoca compresión extrínseca cardíaca extendiéndose hacia las zonas posterodeclives derechas e introduciéndose por el hiato esofágico. Este hematoma provoca condensación del pulmón subyacente. El aneurisma presenta unas dimensiones de hasta 8.2x8.4x13 con trombo mural. Además, se observa aneurisma de aorta abdominal de 6.8x6.4x8.8 con trombo mural. Juicio Clínico Rotura aneurisma torácico. Diagnóstico diferencial Broncoespasmo severo. Insuficiencia cardíaca descompensada. Tromboembolismo pulmonar.

CONCLUSIONES:

En Urgencias, debido a la gran carga asistencial y al estrés al que estamos sometidos, es fácil confundir clínica inespecífica con patología banal o con aquella que es más común, por lo que estar atentos a los mínimos detalles y tener una mente abierta haciendo un buen diagnóstico diferencial, es crucial para salvar la vida de nuestros pacientes. A su vez, igual de importante es realizar las pruebas complementarias con la menor demora posible, teniendo así diagnósticos tempranos y por lo tanto tratamientos en cortos periodos de tiempo que hacen que alarguemos la supervivencia de los pacientes.

P-1129

¿CÓMO DIAGNOSTICAR UNA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR A PARTIR DE UNA CRISIS DE ANSIEDAD?

I Pérez Orbís, E Martínez López

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: defectos del tabique interatrial-ansiedad-ecocardiografía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 40 años natural de Bolivia, sin antecedentes médicos de interés, acude a Urgencias por cuadro autolimitado de dolor centrotorácico opresivo sin cortejo vegetativo, asociado a parestesias en ambos miembros superiores y palpitaciones en el contexto de situación de estrés, de minutos de duración y que mejora con lorazepam. A la exploración física destaca soplo sistólico en borde externo izquierdo con segundo tono normal. En las pruebas complementarias realizadas se objetivaron datos de sobrecarga de cavidades derechas en el electrocardiograma, analíticamente discreta elevación de troponinas (0.200ng/ml con pico de 1.120ng/ml), en las pruebas de imagen, crecimiento de ventrículo derecho en radiografía lateral con cono pulmonar prominente y plétora pulmonar. En el ecocardiograma transtorácico, dilatación moderada de cámaras derechas, por lo que se solicita angioTC que descarta tromboembolismo pulmonar. Posteriormente en ecocardiograma transesofágico se visualiza comunicación interauricular con seno coronario dilatado por drenaje venoso sistémico anómalo, programándose intervención de cirugía cardíaca.

CONCLUSIONES:

La comunicación interauricular es la cardiopatía congénita más frecuente en la edad adulta, más prevalente en el sexo femenino. Existen cuatro tipos: foramen oval u ostium secundum, ostium primum, seno venoso y seno coronario, siendo este último el menos frecuente. La existencia de una comunicación anómala entre ambas aurículas da lugar a un cortocircuito de izquierda a derecha, con sobregarga de volumen y aumento de diámetro secundario de cavidades derechas así como hiperaflujo pulmonar, lo que favorece el riesgo de complicaciones como arritmias o embolias paradójicas. Clínicamente pueden cursar de forma asintomática o como disnea, clínica de insuficiencia cardíaca derecha, hipertensión pulmonar o arritmias, fundamentalmente. Distintos hallazgos en las pruebas complementarias pueden orientar al diagnóstico, como desviación del eje a la derecha o bloqueo de rama derecha a nivel electrocardiográfico, así como dilatación de cavidades derechas y tronco pulmonar a nivel radiográfico, si bien, será el estudio ecocardiográfico el que permita visualizar el defecto, variedad anatómica, presión arterial pulmonar y lesiones asociadas. El tratamiento, en caso de estar indicado, consiste en el cierre anatómico del defecto.



CASOS CLÍNICOS

P-1134

UNA ARRITMIA LLAMADA LEUCEMIA

J Cano García, B García Gollonet, MC Rodríguez Casimiro,
E Espinola Coll, MA Bernal Hinojosa

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: atrial fibrillation-appendicitis-leukemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Paciente varón de 62 años, sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento, que llega al cuarto de críticos trasladado por el 061 tras episodio sincopal y fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida de novo, pasando a observación. Durante su estancia refiere molestias abdominales inespecíficas en los últimos días, sin presentar dolor claramente localizado, sin cambios en el hábito intestinal, náuseas, ni vómitos. Exploración: En críticos: tonos arrítmicos, sin soplos, abdomen blando y depresible con defensa voluntaria y dolor a la palpación superficial generalizada, peristaltismo conservado, pulsos periféricos conservados, sin edemas, tacto rectal normal, exploración neurológica anodina. Posterior en observación: estable, auscultación rítmica, abdomen blando, depresible doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca derecha con defensa a dicho nivel. Pruebas complementarias: electrocardiograma: fibrilación auricular a 130 latidos por minutos. Radiografía de tórax con índice cardiotorácico mayor al 50%, sin otros hallazgos. Radiografía de abdomen: patrón en ?pila de monedas?. Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.2, Plaquetas 47000, Leucocitos 31600(49?4% linfocitos). Coagulación sin alteraciones significativas. Creatinina 3?18, iones normales, Lactato deshidrogenasa 713, GOT 220, enzimas cardíacas normales. PCR 165. Tomografía computerizada de abdomen: hallazgos compatibles con perforación apendicular, distensión de colon y asas de delgado dilatadas, abundante líquido libre en su interior. Juicio clínico: Fibrilación auricular de novo y Apendicitis aguda. Evolución: Se realizó cirugía donde se evidenció apéndice cecal sin signos inflamatorios, Divertículo de Meckel sin signos de sangrado ni perforación. Dilatación de íleon generalizada con varios parcheados. Durante la estancia en Recuperación, precisa transfusión de 2 concentrados de hemáties. Tras ello ingresa en Hematología donde se realiza citometría de sangre periférica compatible con Leucemia linfoblástica. El aspirado de médula ósea es compatible con necrosis medular. Tras el inmnofenotipo se llega al diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica B (Pro-B). Iniciándose quimioterapia en planta. Juicio clínico definitivo: FA de novo. Necrosis medula ósea. Leucemia aguda linfoblástica B. Posible enterocolitis necrotizante.

CONCLUSIONES:

En este caso, fue muy importante la atención multidisciplinar que recibió el paciente, prestando siempre atención a la clínica que presenta a pesar de ser muy diversa y sin dejar de apoyarse en los hallazgos analíticos.

P-1141

¿DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA?

D Díez Díaz (1) N Dios Parada (2), I Espasandín Duarte (3),
J Álvarez Fernández (4)

(1) Centro de Salud Fontiñas. (2) Centro de Salud de A Estrada. (3) Centro de Salud de Conxo. (4) Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela

PALABRAS CLAVE: hiperglucemia-disartria-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 50 años que acude a urgencias por despertar a las 6 de la mañana con una cefalea hemicraneal con dolor en territorio nervio facial izquierdo y desorientación. Paciente diabético. Su mujer afirma que desde que despertó su marido no es el mismo se muestra torpe al hablar y sin saber tomarse correctamente su tratamiento antidiabético el cual usa de forma correcta habitualmente. Su hija afirma que a las 9 de la mañana presentaba una hiperglucemia de 400 y que su padre no sabía como debía tomar la insulina. La hija administra 12 unidades de insulina lenta sin conocimiento de lo que hacía. El paciente no mejora por lo que deciden llevarlo a urgencias. Antecedentes personales: Alergia a contrastes yodados, DM tipo II, DLP. Tratamiento: insulina lantus y novorapid, simvastatina, paracetamol. TA 160-110. FC 103 sat 98%. Glucemia 450. Tª 36,7°C Exploración física: Consciente, desorientado en espacio y tiempo, disartria, lentitud de pensamiento. Normohidratado, normocoloreado, normoperfudido. Eupneico. AC: rítmico, sin soplos. Ap: MVC, no ruidos sobreañadidos, abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación. Blumberg y Murphy negativos. Ruidos hidroaéreos presentes. Neurológico: Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales normales. Colaboración limitada en la exploración. No signos de localización neurológica ni meníngea. Fuerza y sensibilidad conservada. Glasgow 14 (respuesta motora: obedece, respuesta verbal: conversación confusa, apertura ocular espontánea de los ojos) EEII: no edemas. Pruebas complementarias: AS, AO, GSV, ECG, radiografía de tórax y TAC.

CONCLUSIONES:

La GSV nos confirmó una glucemia de 455 junto con k de 4. AS y AO anodinas. ECG taquicardia sinusal a 110 lpm. Radiografía de tórax, Sin alteraciones agudas. TAC: hemorragia intraparenquimatosa en región temporoparietal izquierda. En este caso vemos la grandísima importancia de las pruebas complementarias en una situación en la que podríamos asociar la clínica del paciente a una descompensación hiperosmolar de su diabetes dando lugar a ese cuadro de desorientación. Sin embargo el dolor de cabeza, disartria y dolor en región facial izquierda nos ayudó a solicitar prueba de imagen craneal inmediata dándonos el diagnóstico principal siendo la descompensación diabética diagnóstico secundario. El paciente es trasladado a UCI para su posterior operación por neurocirugía.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1142

DOLOR CRÓNICO COMO SÍNTOMA GUÍA EN EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

A Aldama Martín (1) H Alonso Valle (1), A Casal Calvo (1), A Asturias Saiz (1), M Vieitez Santiago (1), M Santos Gravalosa (2), GE Rijo Nadal (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Centro de Salud de Aranda Norte. Aranda de Duero, Burgos

PALABRAS CLAVE: dolor crónico-neoplasias-analgésia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 56 años, jardinera de profesión y cuidadora de su madre, que es parcialmente dependiente, con antecedentes personales de dislipemia mixta en tratamiento con estatinas y fumadora de cannabis que acude a urgencias por dolor cervical y bultoma en región cervical izquierda. Refiere dolores osteomusculares difusos de año y medio de evolución que no mejoran con AINES ni corticoides intramusculares y que relaciona con su profesión y situación familiar. En la anamnesis dirigida refiere además astenia y pérdida de peso no cuantificada. En la exploración física destaca nódulo duro no movilizable, adherido a planos profundos, en región cervical izquierda, de 1,5 cm de diámetro aproximadamente y nódulo duro en región dorsal izquierda de 0,5 cm, siendo el resto de la exploración por aparatos anodina. Se realiza radiografía de cuello objetivándose fractura de la apófisis espinosa C7, con aumento de densidad en el extremo y aparente lesión lítica de localización proximal, que impresiona de fractura patológica por lo que se ingresa para estudio y control del dolor. Tras el estudio es diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón estadio IV con metástasis ósea, hepática, cutánea, suprarrenal y ganglionar. Además presenta dolor mal controlado que precisa tratamiento por Unidad del Dolor y administración de radioterapia antiálgica. La paciente está actualmente ingresada en un hospital de larga estancia para tratamiento paliativo.

CONCLUSIONES:

En los servicios de urgencias son frecuentes las consultas por dolor, la mayoría de las veces éste es agudo e irrumpe en la vida del paciente alterando su situación basal en mayor o menor medida. En otras ocasiones, en cambio, los pacientes acuden por dolor crónico mal controlado. Este motivo de consulta, a priori, puede resultarnos controvertido en las urgencias hospitalarias pero no debemos dejar de estar atentos a los signos de alarma. El dolor crónico de origen no oncológico es la causa más frecuente de incapacidad en el mundo y cerca del 90% de los pacientes con dolor crónico presentan una enfermedad crónica de base que en muchas ocasiones puede no estar diagnosticada y ser este el motivo del mal control analgógico.

P-1145

PRÓTESIS A LA FUGA

E Prado Fernández, P Cuesta Rodríguez, A López Alonso, NO Rincón Valero, B Pérez Deago, C Longo Alonso, C Alonso Porcel

Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias)

PALABRAS CLAVE: aorta torácica-hipertensión-aneurisma disecante

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente 55 años con antecedente de infarto de miocardio con enfermedad coronaria de dos vasos e implantación de dos stent en 2008, intervenido de disección de aórtica torácica tipo Ia en 2011, reintervenido en 2015 por hematoma periaórtico, hipertenso a tratamiento con telmisartan 40mg/24 horas y bisoprolol 2.5 mg/12 horas, sin otros factores de riesgo cardiovascular. Acude a Urgencias por mareos tipo inestabilidad de 10 días de evolución en contexto de crisis hipertensivas, con toma de tensión arterial en domicilio mantenida en torno a 190/100, asociado molestia a nivel supraesternal, por lo que había consultado también en Urgencias en dos ocasiones en la última semana. Exploración en todo momento rigurosamente normal, con frecuencia cardíaca en torno a 60 latidos por minuto, pulsos presentes y simétricos a todos los niveles y exploración neurológica sin signos de focalidad, tensión arterial mantenida en 180/100 en ambos miembros superiores. El paciente comenta misma clínica en la ocasión en la que tuvo que ser intervenido por fuga periprotésica en 2015. Analítica con hemograma, bioquímica básica y coagulación normales, radiografía de tórax sin alteraciones. Se comenta el caso con Radiología tras tratamiento oral con regular control y, a pesar de exploración sin alteraciones, debido a los antecedentes del paciente, se decide realización de TAC de aorta torácica que objetiva pseudoaneurisma de 4,7x2.5 cm en torno a sutura supracoronaria, asociada a disección tipo B hasta arteria iliaca externa derecha. Ante hallazgos radiológicos, se decide comenzar perfusión de Nitroglicerina intravenosa y traslado para intervención por parte de Cirugía Cardíaca en centro de referencia.

CONCLUSIONES:

Este caso retrata la complejidad del diagnóstico clínico en ocasiones en Urgencias, especialmente en pacientes con intervenciones quirúrgicas previas, y la dificultad de la toma de decisiones a la hora de solicitar pruebas de imagen. Tras valorar el caso y los antecedentes del paciente, se decidió realizar tomografía que objetivó patología susceptible de intervención quirúrgica en hospitalización, a pesar de que, dada la normalidad de la exploración y pruebas complementarias en ocasiones previas se había decidido estudio ambulatorio en consulta.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1147

SCACEST DE PROBABLE ORIGEN FARMACOLÓGICO

C Navarro Torres (1) M Fuentes Jiménez (2),
J Hernández Moratalla (3), M Martín Álvarez (4)

(1) C. S. Nueva Andalucía, (2) C. S. San Isidro, (3) C. S. Virgen del Mar.
(4) C. S. Plaza de Toros. Almería

PALABRAS CLAVE: vasoespasmo-adrenalina-síncope

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes familiares: Sin interés Antecedentes personales: esteatosis hepática, migraña Independiente para ABVD Hábitos tóxicos: Niega Intervenciones quirúrgicas: absceso dedo pie, lipoma mano derecha Tratamiento habitual: No Motivo consulta: Dolor torácico Anamnesis: Paciente varón de 50 años que sufre síncope con bradicardia extrema tras administración de lidocaína en intervención quirúrgica menor realizada a nivel extrahospitalario. Le administran sueroterapia más adrenalina intrevenosa (0,3 ml) y comienza con dolor centrotorácico opresivo no irradiado sin cortejo vegetativo(14:10h). Avisan al 061 que a su llegada (14:15h) realizan ecg^a(14:17 h) en el que se objetiva ascenso del segmento ST de 10 mm en I-aVL y de 3 mm en V5-v6, así como descenso del ST en el resto de derivaciones. Le administran sueroterapia por hipotensión refractaria, doble antiagregación y lo trasladan a nuestro hospital. Se le atiende en el box de RCP(15:40h), realizándose nuevo ecg (15:45 h), estando el paciente ya asintomático, mostrándose normalización electrocardiográfica de los cambios descritos. Siendo valorado por UCI se decide ingreso en observación para seriación enzimática que resulta en rango de necrosis. Se realiza nuevo ecg que muestra ondas T negativas en I-aVL, por lo que se interconsulta de nuevo con UCI y se ingresa a su cargo para control. Tras buena evolución pasa a cargo de Cardiología. Exploración: C y O con BEG, normocoloreado y normoperfundido, eupenico en reposo, tolera decúbito, no datos de elevación de PVC AC: rítmico sin soplos ni extratonos AR: mvc en ambos campos sin ruidos patológicos sobreañadidos MMII: no edemas, no signos de TVP Analítica: Trop T 117-3601 pg 7mL, resto de parámetros dentro de la normalidad Rx Tórax: ICT< 50%, senos costofrenicos libres, no infiltrados ni hallazgos patológicos Cateterismo cardiaco: arterias coronarias epicárdicas sin lesiones.Vi no dilatado con FE normal. Ecocardiograma: AI no dilatado. VI no dilatado con hiperrofia concéntrica ligera, hipocinesia inferoposterior medio-apical. FEVI normal. Alteración de la relajación ECG al alta: RS a 57lpm, eje normal, BIRDHH. Onda T negativa en I-aVL y V6 Evolución: favorable, sin nuevos episodios de dolor torácico ni clínica de insuficiencia cardiaca. Juicio Clínico: SCACEST secundario a probable vasoespasmo por fármaco (adrenalina). Probable reacción vasovagal a anestésico (lidocaína).

CONCLUSIONES:

Es importante conocer y manejar, posibles reacciones adversas de los fármacos que utilizamos en nuestra práctica clínica.

P-1152

COCAÍNA. ¿DEL ÉXTASIS AL ÉXITUS?

JTH Triviño Hidalgo, J Martín Ruiz, MJ Rico Lledó, J Serrano Navarro,
N Llamas Fernández, M Vigil Velis, R Navarro Silvente

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia

PALABRAS CLAVE: cocaína-choque cardiogénico-parada cardiaca

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 54 años, HTA, DM2, DLP, IMC 33, fumador 40paq/año. Enolismo >40gr OH/día con antecedentes de Cardiopatía isquémica crónica, Fibrilación auricular persistente, Miocardiopatía dilatada (FEVI 35%) tóxico-isquémica(portador DAI), SAHS grave, Esteatosis hepática Situación basal: NYHA III. En tratamiento con Omeprazol, AAS 100mg, Enalapril, Bisoprolol, Eplerenona, Furosemida, Amiodarona, warfarina, Atorvastatina. Este paciente es traído a urgencias a la sala de hemodinámica de madrugada con mal estado general, y refiriendo cuadro de disnea e importante tos tras abundante ingesta de alcohol y de cocaína. El paciente se encuentra consciente y orientado, con livideces y signos de hipoperfusión generalizada, abundante trabajo respiratorio, a la auscultación roncus y crepitantes húmedos dispersos en ambos hemitórax y edemas en ambos MMII, SatO2 40% y que no responde a oxigenoterapia, Hipotenso y rápidamente en el monitor aparece ECG de Taquicardia ventricular. En situación de parada respiratoria se procede a masaje cardiaco e intubación orotraqueal y conexión a VM. En gasometría venosa pH 7,126, pCO2 54, HCO3- 17,1, láctico 8,9, se procede administración de bicarbonato y furosemida y se ingresa en UCI, donde se intensifica tratamiento deplectivo con buena evolución. Tras 5 días con VMI se logra destete sin presentar focalidad neurológica pasando a planta de cardiología. Resultados pruebas complementarias Analítica: Cr 1,57 FGe 49,18 , K 6,3, CPK 363, Tnl 0,03, proBNP 28.032, INR 2,8, dimero D 6532. Orina: (+)cocaína Rx tórax: Infiltrados perihiliares bilaterales compatibles con EAP. ECG tras RCP: Ritmo sinusal, 90lpm. BAV 1°. QRS estrecho. eje a 90. Elevación de ST 2mm en V2-V3. Coronariografía: sin estenosis significativas. Ecocardiografía : Dilatación de AI. Vi dilatado con FEVI 30-32%. Acinesia extensa de todo el ápex. Registro de DAI: Sobre ritmo base en FA + RVR, TV autolimitada. Dado que coronariografía descarta estenosis significativas, se interpreta esta TV en el contexto de vasoespasmo/aumento simpático en relación con el consumo de cocaína.

CONCLUSIONES:

Parada cardio respiratoria 2º Insuficiencia respiratoria aguda global por EAP en contexto de consumo de cocaína y alcohol Taquicardia ventricular monomorfa tratada por DAI con sobreestimulación Shock cardiogénico resuelto Probable vasoespasmo en relación con consumo de tóxicos Insuficiencia renal aguda KDIGO 2 resuelta Hipertensión moderada resuelta



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1153

UN DERRAME PLEURAL POCO COMÚN

L González González, L Louzao Abellás, S Martínez Gestoso, S Camba Matos, C Seoane Suárez, J Quintela Martínez

Hospital do Salnés. Vilagarcía de Arousa, Pontevedra

PALABRAS CLAVE: cardiac pacemaker-perforation-pleural effusion

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 84 años, parcialmente dependiente para las ABVD por deterioro cognitivo moderado secundario a demencia vascular, que acude a Urgencias por disnea y dolor en hemitórax izquierdo. Diez días antes se le había implantado un marcapasos definitivo bicameral en un centro privado. Presentó buena evolución en los primeros días tras el implante del dispositivo sin evidenciarse complicaciones en la consulta de revisión tras el implante. No obstante, el día que acudió a Urgencias comenzó con un dolor torácico de características pleuríticas y con sensación disneica, que fue progresando hasta hacerse de mínimos esfuerzos. En la exploración física la paciente se encontraba hemodinamicamente estable y únicamente destacaba la presencia de crepitantes en la base pulmonar izquierda, y un hematoma en la región costal izquierda y en hemiabdomen izquierdo sin antecedente traumático conocido por los familiares. En las pruebas complementarias que se realizaron destacaba una anemia aguda, presentando cifras de Hb en torno 7 g/dL, siendo la previa del mes anterior de 12 g/dL. Además en la radiografía de tórax se objetiva un importante derrame pleural izquierdo. El ECG correspondía con un ritmo marcapasos normofuncionante a 66 lpm sin alteraciones. Se decide realizar TC torácico ante anemia progresiva en el análisis de sangre de control tras permanecer en Observación, en el que se objetiva derrame pleural izquierdo en moderada-severa cuantía observándose además el extremo distal del electrodo ventricular a nivel de pared torácica, perforando la pared del ventrículo derecho. Se traslada a centro de referencia para valoración por Cirugía torácica y cardíaca, en donde se procede a esternotomía, cierre de ventrículo derecho, drenaje de hemotórax izquierdo e implante de electrodo epicárdico, sin incidencias.

CONCLUSIONES:

La perforación cardíaca por cables de dispositivos de estimulación cardíaca (marcapasos y desfibriladores) es una entidad poco frecuente con una incidencia actual inferior al 1%. Las perforaciones que ocurren en el primer mes tras el implante son las más frecuentes. Es una complicación que puede suponer un desenlace catastrófico en una intervención habitual, por lo que no debemos perderla de vista.

P-1156

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ SECUNDARIO
A CARCINOMA SEROSO DE OVARIO

J Domínguez Carrasco (1), B Pérez Pérez (2), A Llorente Rojo (3), R Gutiérrez Martín (4), A Becares Cartón (5), L Benavente Gajate (5)

(1) Centro de Salud Puerta Nueva. (2) Centro de Salud Puerta Nueva.

(3) Hospital Virgen Concha. (4) Centro de Salud Parada del Molino.

(5) Centro de Salud Santa Elena. Zamora

PALABRAS CLAVE: adenocarcinoma-metástasis-pronósticos del ombligo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 83 años acude derivada de su residencia presentando molestia abdominal de un mes de evolución refiriendo reciente tumoración umbilical. A su llegada a urgencias se aprecia tumoración umbilical irreductible con asa intestinal visible y dehiscencia cutánea. El resto de la exploración física es normal sin presentar signos de caquexia, ni palpase adenopatías ni visceromegalias. Ante el cuadro presentado se decide realizar analítica donde cabe destacar: Hb 10.1, Hto 31.2, TP 17%. Se decide consultar con Cirujano General de guardia quien decide intervención quirúrgica urgente donde se aprecia que dicha tumoración no se corresponde con un asa intestinal sino con un área umbilical necrótica. Durante el procedimiento se extrae muestra para análisis Anatomopatológico cuyo resultado fue una Metástasis cutánea de Carcinoma Seroso de Ovario de alto grado. La paciente presentó una buena evolución postquirúrgica, estando pendiente de valoración por ginecología y del TAC abdominal de control.

CONCLUSIONES:

Las metástasis umbilicales de tumores intraabdominales son poco frecuentes aunque muy llamativas a la exploración. Reciben el nombre de Nódulo de la Hermana María José. Las neoplasias más frecuentes que la producen son los tumores digestivos y los ginecológicos, y se asocian a un mal pronóstico al aparecer frecuentemente en el contexto de una enfermedad diseminada. Por ello, es importante tener en cuenta este cuadro como posible diagnóstico ante la presencia de una tumoración umbilical.



CASOS CLÍNICOS

P-1161

PATRÓN DE BRUGADA EN DOLOR TORÁCICO

RL Navarro Silvente, C Espín Giménez, C Saavedra Menchón
MC de Prados González, A Muñoz Méndez, J Triviño Hidalgo,
P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía

PALABRAS CLAVE: patrón de Brugada-muerte súbita-dolor torácico en jóvenes

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 31 años sin antecedentes médicos que refiere presentar episodios repetitivos de dolor torácico en hemitórax anterior irradiado a brazo izquierdo acompañado de palpitaciones y sudoración profusa. No ha presentado fiebre ni catarro en los últimos días. No presenta otra clínica acompañada. Comenta que tiene antecedentes familiares de muerte súbita y síncope. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos rítmicos sin soplos, resto exploración anodina en cuanto a la distribución por aparatos. En la analítica realizada en urgencias no se observa movilización de troponinas ni de CPK y en el ECG, se observa un patrón de Brugada tipo II con elevación del segmento ST en precordiales derechas, en silla de montar. Tras pasar al paciente a observación, se decide realizar primeramente un Holter y una ecocardiografía que resultan normales, después se realizó una prueba de provocación con Ajmalina que resulta positiva con una elevación descendente del segmento ST > 2mm en V1-V3 seguida de ondas T negativas, lo que confirma síndrome de Brugada. Tras esto, se decidió implantar un DAI (desfibrilador automático implantable) con éxito con el fin de evitar arritmias ventriculares.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Brugada, se caracteriza por un patrón electrocardiográfico característico en precordiales derechas y la predisposición a presentar arritmias ventriculares y muerte súbita. Este síndrome se incluye entre las canalopatías, trastornos eléctricos primarios que característicamente no asocian cardiopatía estructural concomitante. Es típico que se manifieste con un patrón típico en pacientes jóvenes, sobre todo en la tercera edad de la vida siendo necesario realizar un diagnóstico precoz en pacientes que presenten estas características clínicas y electrocardiográficas.

P-1164

PARÁLISIS VI PAR CRANEAL

V Vallmitjana Fernández (1), T Martín de Rosales (1),
D González Falcón (1), B Jerez Basurco (1), M Sáinz-Maza Aparicio (1),
S Madero Velázquez (1), A Fernández Rivera (2)

(1) Centro de Salud Los Alpes. (2) Centro de Salud García Noblejas. Madrid

PALABRAS CLAVE: focalidad-hipoglucemia-neuroglucopenia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente. Dislipémico. Síndrome vertiginoso periférico. Paciente de 52 años, diabético insulino dependiente, acude a Urgencias con cuadro de reciente instauración de mareo, que describe como visión borrosa e inestabilidad, sudoración profusa y vómito alimenticio asociado. En el momento que comienza la sintomatología el paciente refiere glucemia capilar en domicilio de 35 mg/dl, por lo que toma agua con azúcar. Durante la anamnesis el paciente comienza con diplopía. EXPLORACIÓN FÍSICA Estabilidad hemodinámica. BM test (glucemia capilar) 193 mg/dl. E.Neurológica: consciente y orientado. Bradilalia y cierta bradipsiquia. Pupilas isocóricas normorreactivas. Nistagmus horizontal hacia la izquierda, con bloqueo en dextroversión. Endotropía de ojo izquierdo con limitación en la abducción. Motilidad ocular externa del ojo derecho normal. Diplopía binocular horizontal en todas las posiciones de la mirada. No tortícolis compensadora. Marcha inestable (inespecífica). Resto de exploración física normal. ECG: normal EVOLUCIÓN Se solicita TC craneal urgente para descartar accidente cerebrovascular y se avisa a Neurología de guardia para valoración. El TC craneal resulta ser normal. En la analítica de sangre se objetiva glucemia 19 mg/dl, sin otras alteraciones. Se procede a la administración de glucosa intravenosa 50% con la reposición de la glucemia a 126 mg/dl a los 15 minutos. Disminución de la diplopía tras normalización de los valores de glucemia con la mejoría progresiva de la exploración neurológica hasta su recuperación casi total tras varias horas de observación y controles glucémicos estables. Se llegó a la conclusión de que el resultado obtenido por el BM test inicial fue erróneo (probablemente artefactado). DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Accidente cerebrovascular Hipertensión intracranial idiopática/tumoral Neuropatía isquémica Tumor intracranial Meningitis/encefalitis DIAGNÓSTICO FINAL: síntomas neuroglucopénicos en contexto de hipoglucemia sintomática.

CONCLUSIONES:

Ante cualquier sospecha de ACV, ya sea en paciente diabético o no, debería determinarse la glucemia capilar, para descartar que la focalidad neurológica sea secundaria a hipoglucemia. Cuestionar la validez del valor obtenido por pruebas diagnósticas (en este caso BM test) cuando la interpretación no coincide con el cuadro clínico y el resultado podría estar artefactado. Repetir dichas pruebas complementarias en caso de que sea posible para corroborar los resultados.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1167

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: URGENCIA FATAL

MB Arellano Cobos

Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

PALABRAS CLAVE: aortic aneurysm-abdominal-abdominal pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES. Sin alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. Sin diabetes mellitus. Sin dislipemia. No fumador. Ingesta enólica ocasional. Enfermedades previas: trastorno plaquetario no especificado. Intervenciones quirúrgicas: fractura malar. Tratamiento habitual: Atorvastatina 40 mg/24 horas vía oral. Enalapril 5 mg/24 horas vía oral. Ácido acetilsalicílico 100 mg/24 horas vía oral. Omeprazol 20 mg /24 horas vía oral. Situación basal: activo e independiente para todas actividades básicas habituales. ENFERMEDAD ACTUAL. Varón de 66 años que consulta por presentar dolor abdominal en fosa renal izquierda de elevada intensidad con irradiación hacia hipogastrio. Sin náuseas ni vómitos pero con sudoración profusa. EXPLORACIÓN FÍSICA. Tensión arterial: 170/95 mmHg. Temperatura: 36°C. Mal estado general. Pálido, sudoroso. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni ruidos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin otros ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación generalizada. Sin masas ni megalias. Puño-percusión renal izquierda positiva, puño-percusión renal derecha negativa. Pulsos pedios: izquierdo no palpable, derecho débilmente palpable. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ANALÍTICA SANGUÍNEA. BIOQUÍMICA. Sodio 134 mEq/L. Creatinina 2.10 mg/Dl. Ggt 97 U/L. Troponina I (TrI) <0.02 ng/ml. Resto normal. HEMOGRAMA. Leucocitos 12970/L. Hematíes 4.350.000/L. Plaquetas 425.000/L. Resto normal. HEMOSTASIA. Índice de Quick 103.8%. INR 1.00. APTTr 0.80. Dímero D 2.20 mg/Dl. TAC ABDOMINAL: aorta abdominal elongada con dilatación aneurismática desde el tronco celíaco hasta la bifurcación ilíaca con incremento de densidad alrededor sugerente de rotura aneurismática con hematoma que se extiende superiormente hasta espacio pre y perirrenal izquierdo e inferior hasta nivel de bifurcación. Aparentemente, con flujo sanguíneo conservado a nivel de tronco celíaco y arteria mesentérica superior así como en arteria renal derecha. Hay aparente afectación de arteria renal izquierda con hipoperfusión en tercio medioinferior de riñón izquierdo. Arteria mesentérica inferior con flujo aparentemente conservado. ACTITUD CLÍNICA. Desde el Servicio de Urgencias hospitalarias se contacta con Cirujano Vascular de guardia, quien descarta tratamiento quirúrgico por la elevada mortalidad del mismo, por lo que se decide sedación en cuanto empeoren los síntomas.

CONCLUSIONES:

El Síndrome Aórtico Agudo es una entidad nosológica que puede pasar desapercibida en casos de dolor abdominal y/o lumbar, por lo que se debe buscar de forma proactiva en dichos casos.

P-1168

SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MLP Latorre Palazón, A Alfayate Torres, J Ruiz Casquet,
J Ferrández Rodríguez, A Montenegro Moure, R Pérez Costa

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: heart diseases-channelopathies-Brugada syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 46 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude al servicio de urgencias por 2 episodios sincopales. El primero sucedió tras levantarse y comenzar la deambulación, siendo precedido por prodromos. El segundo, a los 30 minutos, sin prodromos. En los dos presenta TAS en torno a 90-95 junto con palidez y sudoración. El paciente refiere en días previos síntomas catarrales con sensación distérmica. En Urgencias se objetiva tº: 38.9°C. En el electrocardiograma realizado se objetiva un ritmo sinusal, a 75 lpm, con elevación del ST en v1-v2 compatible con patrón de Brugada tipo I. Se realiza ingreso en Cardiología. Durante la estancia el paciente se encuentra asintomático presentando electrocardiograma tras ceder la fiebre sin alteraciones. Se realiza estudio electrofisiológico, para valorar inducibilidad de arritmias ventriculares. En él no se objetivan arritmias ventriculares. DIAGNÓSTICO: Patrón ECg tipo I Brugada inducido por fiebre. Síncope de origen vagal. TRATAMIENTO: En caso de febrícula o fiebre, debe tratarla inmediatamente con antitérmicos. Lista de fármacos a evitar.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Brugada es una canalopatía producida por alteraciones en los canales iónicos cardíacos del sodio. Presenta una prevalencia en torno a 5/10000 habitantes en su mayoría varones en la cuarta década. En la mayoría de casos existe una herencia autosómica dominante. Los pacientes con Sd. De Brugada permanecen en su mayoría asintomáticos. Existen 3 patrones de Brugada. El tipo I se caracteriza por una alteración descendente del segmento ST de V1-V3. La fiebre puede ser un factor que actué como desenmascador de este patrón. Solo este tipo se considera diagnóstico de enfermedad, que se convierte en diagnóstico definitivo si se asocia al menos a uno de los siguientes: fibrilación ventricular o taquicardia ventricular polimórfica documentada, arritmias ventriculares inducidas en estudio electrofisiológico, síncope o respiración agónica nocturna, historia familiar de muerte súbita en edades inferiores a 45 años o patrón tipo I en otros miembros de la familia. El único tratamiento eficaz es la implantación de desfibrilador automático, indicado en pacientes con síntomas, antecedentes de muerte súbita en familiares y asintomáticos con estudio electrofisiológico en el que se inducen arritmias ventriculares (especialmente en los de patrón tipo I) de forma espontánea.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1172

DOCTOR, NO SE PREOCUPE, ES LA TENSIÓN
Y SE ME PASA EN LA CAMA

V Terán Díez (1) CM Guerra García (2), M Terán Díez (3),
R Vayas Abascal (4), L Carrera Romero (5), S Jiménez Perales (6)

(1) EAP Mataporquera, SCS. (2) SEM-061 Cantabria. (3) C. S. Montes, SERMAS.
(4) EAP Cotoño I SCS. (5) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla SCS.
(6) SUAP Selaya SCS. Cantabria

PALABRAS CLAVE: syncope-colitis-ischemic-shock

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 71 años con cuadro sincopal y bajo nivel de conciencia atendida por EAP. A la llegada del SEM 061-Cantabria, paciente estuporosa, signos de mala perfusión (frialidad, palidez, taquicárdica y TA 85/50 mmHg, saturación de oxígeno 90%). Refieren familiares que ha vomitado y se acostó comentando que era la tensión arterial que le pasa hace unos meses. Como antecedentes de importancia tiroidectomía por nódulo tiroideo. Está en tratamiento con levotiroxina 100 mcg. Se estabiliza a la paciente con dos vías periféricas, sueroterapia, oxigenoterapia y calentamiento pasivo. A los diez minutos mejoría sintomatológica TA 100/55, auscultación cardiopulmonar: algún roncus resto anodina, abdomen: ruidos aumentados, electrocardiograma: taquicardia sinusal sin alteraciones de la repolarización, glucemia 90 mg/dl y sin focalidad neurológica. Realiza una deposición hematoquécica y posteriormente rectorragia. Se traslada estable al Servicio de Urgencias Hospitalario. Allí la radiografía de tórax normal, hemoglobina 11.6, leucocitos 16.2 con fórmula normal, actividad de protrombina 90, PCR 5.4 resto normal. TAC tóraco abdominal sin hallazgos de significación patológica. Endoscopia digestiva alta con desgarro de mucosa que se hemostasia. Colonoscopia: lesiones ulcerosas con fibrina en sigma y polo cecal, afectando a toda la circunferencia con mucosa equimótica hasta 20 cm del margen anal. Tras dos días en observación, es dada de alta con diagnóstico de síncope y hemorragia digestiva baja por colitis isquémica. Se le pauta tratamiento con omeprazol 20 mg, AAS 100 mg, y atorvastatina 40 mg.

CONCLUSIONES:

Una de las consultas frecuentes en los servicios de urgencia son los cuadros sincopales. En su mayoría de origen vagar, aunque también de etiología cardíaca y vascular, etiologías a considerar ante pacientes con síncope, hipotensión marcada y refractaria sin proceso hemorrágico visible. En cuadros hipovolémico, considerar etiología intraabdominal (como pueden ser las hemorragias digestivas) procesos infecciosos, sepsis o alteraciones metabólicas con redistribución hídrica. En nuestro caso es determinante la valoración de las deposiciones y el tacto rectal para conseguir justificar una valoración endoscópica para confirmación y tratamiento. Finalmente debe tenerse especial cuidado en el control hemodinámico, asegurando buenos accesos vasculares, aunque en muchos casos es imposible sin una endoscopia de emergencia que trate la causa subyacente.

P-1173

SÍNDROME DE KOUNIS

R Hidalgo Gil, F Márquez Serrano, L Jurado García (2),
F Rosa Úbeda (1)

Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba)

PALABRAS CLAVE: alergia-síndrome coronario-fármaco

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 68 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, ex-fumador, dermatitis espongiosa subaguda con IgE elevadas y alergia a Penicilinas y yodo, derivado a nuestro servicio por cuadro de shock anafiláctico tras administración intravenosa de Levofloxacino en el contexto de exacerbación de su EPOC. A los pocos minutos de la infusión comienza con cuadro de disnea, hipotensión y rachas de TV a 150 lpm con pérdida de conciencia no acompañado de dolor torácico. En la exploración física destaca: glasgow 8/15, TA no registrable, diaforesis, taquicardia y taquipnea. Se encuentra rítmico sin soplos ni rones, con murmullo vesicular disminuido, sibilancias y roncus dispersos y crepitantes en base derecha. En las pruebas complementarias destaca: ECG con ritmo sinusal a 70 lpm, eje normal. Elevación del ST mayor a 2mm en II, III, aVR y aVF con infradesnivelación en I, aVL y V1-V2 y bifásico en V2-V5 (figura 1). Presenta además bloqueo AV grado I. Se administra corticoterapia, antihistamínicos, sueroterapia y oxigenoterapia con estabilización hemodinámica y recuperación del nivel de conciencia. ECG posterior, tmo sinusal con T negativas en II, III, aVF y V5-V6. Seriación enzimática de troponina de 0.17 a su llegada y 0.75 a las 6 horas (>0.23 indica daño miocárdico), Hemograma con 16000 leucocitos. Radiografía de tórax, bioquímica con iones y coagulación normal. Gasometría arterial con PO₂, PCO₂ y pH normal. Se añade HBPM a dosis profilácticas. El paciente pasa a observación estando asintomático y sin aparición de nueva sintomatología. Se decide ingreso en M. Interna. Se realiza cateterismo y ecocardiografía sin alteraciones significativas. Durante el ingreso evoluciona de forma satisfactoria presentando al alta, ritmo sinusal, eje normal y T negativas V4-V6.

CONCLUSIONES:

Las reacciones alérgicas a fármacos, comida incluso insectos son muy frecuentes con gran variedad de manifestaciones clínicas, desde un simple rash cutáneo, hasta reacciones anafilácticas con afectación cardíaca como en nuestro caso, por lo que es importante ante este tipo de cuadros descartar afectación miocárdica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1182

UN FANTASMA EN LA RADIOGRAFÍA

P Pérez Martínez, EM Fernández Quijada, MA García Chicano, FA Guirao Salinas, J Zieleniewski Centenero, P Andújar Brazal

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: heart failure -diagnostic imaging- dyspnea

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 83 años acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos de 6 horas de evolución sin tos ni fiebre, acompañada de dolor torácico que comenzó con el inicio de la disnea, no irradiado y que se incrementa con la inspiración profunda. Refiere aumento de los edemas en miembros inferiores pero no cambios en la diuresis ni perímetro abdominal, no ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Comenta que hace un mes fue dado de alta por insuficiencia cardiaca sustituyéndole furosemida 60mg/24horas por furosemida-triamtereno 77.6/25mg día. AP: Exfumador desde hace 1 año de 60 paquetes/año, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II con insulinoterapia, cardiopatía isquémica revascularizada, fibrilación auricular, EPOC tipo enfisema, neumonías de repetición, neoplasia vesical, ampuloma intervenido. Tratamiento crónico: acenocumarol, pantoprazol 20mg/día, mononitrato de isosorbide 30mg/día, amlodipino/atorvastatina 10/10mg/día, ramipril 2.5mg/día, furosemida-triamtereno 77.6/25mg día, clopidogrel 75mg/día, amiodarona 200mg/48h, insulina glargina, vilanterol-bromuro umeclidinio, salbutamol, oxígeno terapia domiciliaria. EF: Buen estado general, 54 latidos/minuto, 14 respiraciones/minuto, 36.8 °C, tensión arterial 160/60 mmHg, 94% saturación oxígeno. Auscultación cardiopulmonar arritmica, sin soplos destacables, hipofonosis generalizada, roncus aislados bilaterales. Abdomen depresible, no doloroso, no masas. Miembros inferiores con edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedios simétricos. No adenopatías periféricas palpables. Exploraciones complementarias: Analítica: creatinina 0.64, sodio y potasio normales, hemograma normal, gasometría normal. Radiografía de tórax AP y lateral: Opacidad en segmento posterior de lóbulo superior derecho y lóbulo medio. Diagnóstico diferencial: Líquido pleural loculado cistural, consolidaciones neumónicas, masa pulmonar. Evolución: Tras ingreso hospitalario e intensificación de tratamiento diurético con furosemida se observa evolución clínica favorable con buena respuesta al tratamiento. Diagnóstico: Líquido intercostal, tumor fantasma.

CONCLUSIONES:

Un tumor fantasma o tumor evanescente del pulmón es una acumulación localizada de líquido en el espacio pleural interlobar secundaria a insuficiencia cardiaca, es pues, un derrame pleural interlobar localizado que simula una masa pulmonar y que puede llevar a importantes errores médicos, por lo que debemos tener en cuenta esta forma de presentación radiológica para evitar diagnósticos equivocados.

P-1183

COMPLICACIONES EN EL SCA

MA Bernal Hinojosa, B García Gollonet, JM Garrido González, J Cano García (1), EM Espínola Coll, CA Yago Calderón, M Troya Carretero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: stent-hematoma-acute coronary syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: paciente de 41 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no fumador. Antecedente de diabetes mellitus insulino dependiente. **ENFERMEDAD ACTUAL:** refiere dolor torácico de tipo opresivo, no irradiado, que se inicia mientras hace deporte en bicicleta, acompañado de vómitos. No cede con el reposo ni se modifica con los cambios posturales. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** buen estado general, consciente, eupneico en reposo. Estable desde el punto de vista hemodinámico. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos audibles, no ruidos patológicos pulmonares. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal. No edemas de miembros inferiores, pulsos periféricos presentes y simétricos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** ECG: ritmo sinusal a 85 lpm, elevación ST en cara anterolateral y aVR, con descenso en cara inferior, analítica de sangre: glucemia 316, troponina 0.151, CK-MB 9.6, radiografía de tórax anodina, cateterismo cardiaco: oclusión trombótica de descendente anterior ostial, resto de coronarias sin lesiones. Se realiza ICP y se implanta stent farmacoactivo. **JUICIO CLÍNICO:** SCA-CEST anterior Killip I con angioplastia primaria y revascularización con stent farmacoactivo. **EVOLUCIÓN:** tras realización de cateterismo cardiaco el paciente presenta hipotensión refractaria a drogas vasoactivas. Se realiza ecocardiograma, objetivando hipocinesia en segmento antero-septo-apical y discinesia apical con imagen compatible con trombo a ese nivel, función sistólica leve-moderadamente deprimida, no derrame pericárdico. El paciente ingresa en la unidad de cuidados críticos, y se realiza nuevo cateterismo cardiaco, objetivando trombosis aguda del stent, realizándose trombectomía directa. Posteriormente se pasa el extractor a circunfleja y se trata con balón persistiendo imagen de trombo intracoronario, por lo que se decide tratar la bifurcación con implante de 2 stents farmacoactivos. Durante el ingreso, refiere dolor abdominal difuso, con abdomen con discreta defensa sin signos claros de irritación intraperitoneal, por lo que se realiza TC abdominal, y se objetiva hematoma retroperitoneal. Requiere transfusión de 2 concentrados de hematíes y con evolución favorable.

CONCLUSIONES:

Tras la intervención urgente en el SCA hay que hacer un seguimiento estrecho del paciente, pues pueden ocurrir muchas complicaciones. Los fármacos usados también pueden tener sus efectos adversos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1184

VALVULOPATÍA LATENTE, LA IMPORTANCIA DEL AHOGO

L Onieva Gil (1), X Cantero Gómez (1), B Pérez González (2),
C Moreira Pereira da Silva (3), A García Rodríguez (1),
C Oliver González (1)

(1) ABS Igualada Urbà. (2) CAP Montbui. (3) CSA Igualada. Barcelona

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-accidente cerebrovascular isquémico-
valvulopatía mitral

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 55 años, alérgica a la codeína. Ex fumadora. Dislipemia. Amigdalitis de repetición en la infancia. Amigdalectomía. Consulta de urgencias por disnea de grandes esfuerzos, por lo que se realiza espirometría normal y TAC torácico donde se objetiva dilatación de la aurícula izquierda. Se solicita ecocardiograma que muestra doble lesión mitral moderada con válvula engrosada, calcificación parcial y apertura reducida sugiriendo etiología reumática, FE normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal. A los dos meses presenta ictus isquémico de ACM derecha, tratado mediante trombectomía con éxito y sin secuelas. Se objetiva fibrilación auricular paroxística revertida espontáneamente a ritmo sinusal, por lo que se asume cómo AVC cardioembólico y se inicia anticoagulación. Al cabo de medio año, en ecocardiograma de control se objetiva progresión a estenosis mitral severa con IM ligera, FE conservada, así como empeoramiento de la disnea, por lo que se indica recambio valvular. No se observan trombos intracavitarios en la orejuela izquierda. Cateterismo sin lesiones significativas. En éste tiempo presenta tres episodios de insuficiencia cardíaca congestiva requiriendo de tratamiento depleitivo endovenoso. El fin de semana previo a la cirugía presenta nuevo ictus cardioembólico de ACM derecha tratado con trombectomía sin secuelas significativas. Se realiza intervención quirúrgica con recambio valvular mitral por prótesis mecánica ATS de 31 mm, con exéresis de abundante coágulos en la orejuela izquierda, cierre de la orejuela y ablación por radiofrecuencia de la entrada de las venas pulmonares por FA paroxística preoperatoria. En el postoperatorio presenta disfunción biventricular severa requiriendo inicialmente soporte vasoactivo, balón de contrapulsación aórtico y posteriormente asistencia cardiocirculatoria con ECMO arterial para mantener la perfusión orgánica, con buena evolución y retirada sin incidencia. Posteriormente presenta recuperación cardiorespiratoria favorable con ecocardiograma de control visualizando prótesis normofuncionante y disfunción ventricular ligera, pudiendo altarse a los 20 días de la operación quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Este caso muestra que algunas lesiones orgánicas tienen un periodo asintomático largo en el tiempo pero cuando empiezan a dar clínica está puede ser compleja y de rápida evolución por lo que es importante conocer y saber manejar ésta patología desde urgencias para detectar posibles complicaciones de manera precoz.

P-1185

SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR TRIPTANES.
NECESIDAD DE ESTUDIOS ACTUALIZADOS

JJ Giménez, JJ López Pérez, L Monteagudo González,
AI Ortega Requena, MM Fernández de Béjar, A Branchina Núñez,
B Sánchez García

Hospital General Universitario Reina Sofía

PALABRAS CLAVE: triptanes-síndrome coronario agudo-migraña

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 54 años, sin antecedentes cardiovasculares de interés, presenta diagnóstico reciente de cefalea migrañosa en racimos en seguimiento en consultas externas de Neurología, en tratamiento con Almotriptan 12.5 mg y en tratamiento preventivo con amitriptilina 25 mg. Niega hábitos tóxicos salvo que es fumador ocasional de puros. Intervenido de cáncer de próstata con buena evolución tras radioterapia y hormonoterapia. Recientemente se le ha introducido zolmitriptan a su tratamiento para la migraña. Acude a Urgencias por cuadro de 30 minutos de evolución de opresión centrotorácica sin irradiación ni asociado a cotejo vegetativo que se desencadena en reposo. Refiere que en los últimos 3 días ha presentado varios episodios similares que ceden espontáneamente. En urgencias: TA 140/100, T° 36, eupneico con saturación de oxígeno 98% con FiO2 0.21, auscultación cardíaca con ruidos rítmicos sin soplos, auscultación respiratoria sin estertores, resto de la exploración anodina. ECG eje 30°, conducción AV normal, QT normal, sin alteraciones de la repolarización. La radiografía de tórax no evidencia cardiomegalia ni congestión pulmonar. Analítica: troponina I: 0.5, CPK 270, resto de analítica normal. El paciente pasa a camas de Urgencias asintomático para seriar segundo juego de enzimas cardíacas cuyo resultado fue: troponina I: 1.5, CPK 300. Se realiza interconsulta con UCI. Se realiza anamnesis dirigida, el paciente refiere que previo al dolor torácico que presento en los días previos coincidía con la toma de zolmitriptan por cefalea. Ingres a UCI donde se realiza Ecocardiograma que no muestra evidencia de acinesia/hipocinesias con fracción de eyección normal. Se solicita coronariografía urgente con resultado normal. Es dado de alta a planta de Cardiología con diagnóstico de IAMSEST de probable etiología vasoespástica.

CONCLUSIONES:

Los triptanes son usados para el tratamiento agudo de la migraña hace muchos años, se encuentra contraindicado en aquellos pacientes que tengan antecedentes de IAM, ACV, AIT, angina de Prinzmetal. No obstante existen casos en la literatura (como en este caso) donde el uso de triptanes en enfermos sin ningún riesgo cardiovascular puede originar un síndrome coronario agudo. Es necesario realizar estudios que puedan arrojar un poco de luz para mejorar la seguridad de la indicación de estos fármacos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1186

ICTERICIA EN UN VARÓN DE 42 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A Martín Cascó, FJ Hernández Felices, I Iniesta-Pino Alcázar,
VD de la Rosa Valero, M Martínez Martínez, V Callejo Hurtado

Hospital General Universitario Reina Sofía

PALABRAS CLAVE: ictericia-anemia-hemólisis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 42 años, con una Hepatitis B pasada como antecedente personal de interés, que consulta en el servicio de Urgencias por un cuadro de un día de evolución de malestar general, astenia, dolor en epigastrio y periumbilical, sin irradiación, náuseas y orinas oscuras. No presenta fiebre ni otra clínica infecciosa. Niega consumo de fármacos en el último mes. En la exploración física destaca la presencia de ictericia conjuntival y dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin clara hepatomegalia. En este contexto se solicita una bioquímica básica con GPT y amilasa, hemograma y coagulación cuyos valores son anodinos, salvo una hemoglobina de 8.9 g/dL (previa normal) con un hematocrito del 27% , y una ecografía abdominal, que es normal. Una vez descartada la hepatitis aguda y la patología obstructiva, y ante el hallazgo de anemia de inicio reciente, se plantea el diagnóstico diferencial con las anemias hemolíticas. Se vuelve a historiar al paciente, que en el último mes ha estado trabajando en el campo, por lo que se pregunta por un posible consumo de habas que admite en los tres días previos. El paciente es ingresado a cargo de Medicina interna con la sospecha diagnóstica de anemia hemolítica a estudio, a descartar déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, que finalmente se confirma.

CONCLUSIONES:

El déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, es una de las deficiencias enzimática más comunes que existen, caracterizada por una disminución de la actividad de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa en los eritrocitos, que bajo la influencia de ciertos desencadenantes (fármacos, infecciones o alimentos), puede dar lugar a una anemia hemolítica. Pese a que no es una entidad infrecuente en nuestro entorno, se trata de una enfermedad para la cual hay que tener un alto índice de sospecha, siendo muy importante identificar el posible desencadenante, pues no existe tratamiento específico para la misma y la actitud terapéutica se basa en la prevención.

P-1196

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO Y SU ABORDAJE INTEGRAL PREHOSPITALARIO E INTRAHOSPITALARIO. REPORTE DE UN CASO

M Boksan, M García Aroca, F Martínez Sandoval, P Carreño Tormo,
MJ Conesa Espejo

Hospital Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

PALABRAS CLAVE: disección-síndrome aórtico-isquemia arterial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Nuestro caso clínico es una paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión de larga evolución, hipercolesterolemia, y seguimiento reciente en el aparato digestivo por dolor abdominal. Estando bien previamente, comienza con dolor abdominal severo difuso, vómitos y posterior debilidad del miembro inferior derecho. En este momento ya que la paciente se encuentra en un barco, se avisan los servicios de emergencias prehospitalarias que acuden y por la dificultad para extracción de la paciente se pide apoyo de los bomberos. En nuestro servicio la paciente llega con Glasgow 15, afectada por el dolor abdominal y con tensión arterial es 160/90. Exploración física dirigida destacaba abdomen distendido con irritación peritoneal difusa mas acentuada en la fosa ilíaca derecha y con escasos ruidos abdominales. Llama la atención ausencia de pulsos pedios en ambos miembros inferiores y discreta palidez del miembro inferior derecho con la frialdad distal y debilidad. Se administra analgesia con fentanilo hasta el control del dolor, y ante la sospecha de disección aórtica se realiza estudio con tomografía computerizada de aorta que informa: disección aórtica Stanford B, iniciándose adyacente a la arteria subclavia izquierda sin afectarla hasta la bifurcación iliaca, sin visualizarse flujo en arterias ilíacas, femorales y poplíteas derechas y además la arteria renal izquierda se origina de la luz falsa. Se inicia perfusión de labetalol para control de la tensión arterial y se procede a la intervención quirúrgica con implantación de endoprótesis Ao torácica con fijación proximal inmediatamente posterior a salida de arteria subclavia con impermeabilización completa de la luz Ao a nivel torácico y visceral.

CONCLUSIONES:

El pronóstico a medio plazo de la disección aórtica tipo B no complicadas tratadas de forma conservadora es malo, con un 27% de mortalidad, un 14-20% de aneurismas de la falsa luz, un 13% de necesidad de cirugía diferida y un 33% de incidencia de complicaciones graves a los 5 años. En nuestro caso se ha aplicado el tratamiento endovascular sin evidencia de rotura, pero en paciente con evolución torpida y presencia de isquemia visceral y de los miembros inferiores. Consideramos que la atención pre e intrahospitalaria a la paciente fue rápida y efectiva, y con buen enfoque diagnóstico



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-773

MIOCARDIOPATÍA POSTPARTO:
PATOLOGÍA INFRECIENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

A Romano Díaz, JM Krivocheya Montero, S Morales Sánchez,
OA Rivera García, V Valverde López, AM Corbí Sierra

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

A-779

CÓDIGO CORAZÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIAS

M^ºN Fernández Díaz, VC Alonso del Rivero Hernández,
L López Menéndez, P Fernández Fernández, B Alba González

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

A-780

TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA EN PACIENTE CON
SCASEST E IAM INFERIOR ANTIGUO

A García Bolea (1), T Meroño Terol (2)

(1) SUMMA 112. (2) UME 3. Madrid

A-783

TORMENTA ARRITMOGÉNICA Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR
REFRACTARIA TRAS PARADA CARDIACA

A García Bolea (1) T Meroño Terol (2)

(1) SUMMA 112. (2) UME 3. Madrid

A-785

MENINGITIS DECAPITADA,
SECUNDARIA A OTITIS MEDIA IZQUIERDA

M Cobos Briz, M Miranda García

Hospital Universitario HM Puerta del Sur. Madrid

A-795

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR
INCESANTE Y TAPONAMIENTO

A Gil Sánchez, V León Argüero, M Debán Fernández,
D Moro Quesada, C Fernández Iglesias

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

A-820

TETRAPARESIA AGUDA: OTRA CAUSA A TENER EN CUENTA

C Pérez Ductor, G Hernández Comes, MC Sala Sainz, MJ Larré Muñoz,
JM Giner Morales, C Gargallo Maicas, M Balaguer Catalán

Hospital Dr. Peset. Valencia

A-821

BENDITO DÍMERO D

M Parras Cordovés, I Fortuny Esterri, N Rodrigo Saiz,
R Alonso Esteban, F Camón Iglesias, M Borja Díez,
R Sebastián Cambón

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

A-842

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UN CASO DE MIOCARDITIS
EN PACIENTE JOVEN

R Aranda Colubi (1), MJ Martínez López (2), A Lozano Vicente (1)

(1) DCCU San José de La Rinconada, (2) DCCU Santa Olalla del Cala. Sevilla

A-844

PERFORACIÓN GASTROINTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO.
TRASCENDENCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

MJ Martínez López (1), A Lozano Vicente (2), R Aranda Colubi (2),
P Bataller de la Cruz (3)

(1) DCCU Santa Olalla del Cala. (2) DCCU San José de la Rinconada.
(4) C.S El Mirador. Sevilla

A-848

SÍNCOPE EN PACIENTE PORTADORA DE DAI
(DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE)

M Gil López (1), E Prado Mel (2), F Moreno Calatrava (1),
AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital de la Merced (Área Gestión Sanitaria Osuna). Sevilla
(2) Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Ciudad Real



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-850

TAQUICARDIA REGULAR DE QRS ANCHO EN MUJER DE 15 AÑOS

M Vegas Sánchez, M Luque Gutiérrez

Empresa Publica de Emergencias Sanitarias 061 Andalucía

A-851

ROTURA ESPONTÁNEA ESOFÁGICA

A Briones Través, S Guevara Jiménez, JB Lacoste,
E San Valero Carcelén, P Soriano Benet, U García López,
R Rubini Puig

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

A-852

DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA
A WOLF-PARKINSON WHITES Guevara Jiménez, A Briones Través, A Martínez Ramírez,
M Díaz Sanmartín (3), JB Lacoste, E San Valero Carcelén,
R Rubini Puig

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

A-854

A PROPÓSITO DE UNA ASTENIA

CM López Ríos, LG Alcalá Bustos, J Zarco Manjavacas

Tomelloso. Ciudad Real

A-855

ME DUELE LA CABEZA

M Ruiz Ojeda (1), E Piñero Flores (2), M Blanca Segura (1),
JM Higuera Coca (1), I Robledo Migallón (1), A López Sánchez (3),
CM García Jiménez (1)

(1) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Valle de Los Pedroches.

(2) Consulario Bornos. ZBS Villamartín.

(3) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba

A-857

UN DOLOR INSOPORTABLE

LYJ Yáñez Jiménez (1), PLC Lora Coronado (1),

LYM Yáñez Mateos (2)

(1) Complejo Hospitalario de Jaén. (2) Hospital San Juan de Dios. Córdoba

A-863

TORSADES DE POINTES: PRESENTACIÓN ATÍPICA

MA Juan Gámez, L Sánchez Suárez, E Sánchez Ballester,
M López Grima, C Francés Gassó, B Salvador Montero,
D Castelló García

Hospital Doctor Peset. Valencia

A-887

DORSALGIA: DE LA BANALIDAD A LA GRAVEDAD

IM Martín Esteve (1), C Piedra Rodrigo (1), IM Sánchez Pérez (2),
MF Albarracín Vélchez (1), MA Cazorla Rueda (1)

(1) Hospital Torrecárdenas. Almería. (2) Serv. Urgencias Extrahospitalaria. Lorca

A-901

TENGO MUCHO DOLOR... A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E López Berrocal (1), E Piñero Flores (2), M Ruiz Ojeda (3),
M Blanca Segura (4), F Rico Rodríguez (5), L Mechbal Gracia (5),
A López Sánchez (5)

(1) Centro de Salud Ubrique. Cádiz. (2) Consultorio de Bornos. Zona Básica Villamartín. Cádiz. (3) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Pozoblanco. Córdoba. (4) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba

A-903

SÍNDROME TAKO-TSUBO O CORAZÓN ROTO:
A PROPÓSITO DE UN CASOS Melero Cabezas (1), A Pérez Zapata (2), C Hernández Fernández (3),
S Vera Villanueva (4), R Osma Santiago (4), F Juan Espert (5),
P Sánchez Sánchez (5)

(1) Centro Salud Xirivella, Atención Continuada. (2) SAMU. (3) Valenciana Emergencias Médicas. (4) Centro Salud Xirivella, Atención Continuada. (5) Centro Salud Alaquás. Valencia



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-904

MI CORAZÓN GRANDECITO

A Viciano Martínez, L Mourelle Vázquez, C Castro Fernández,
AM Perea Rodríguez, R Reyes Aguilar, H Tejera Puente,
AM Cordovilla Moreno

EPHPO. Almería

A-905

AUTOLESIÓN DELIBERADA EN PRESOS.
ALGO MÁS QUE UN MOTIVO DE CONSULTA

M Soler Núñez, M Jiménez Parras, ML Morales Cevidanes,
E Rosell Vergara

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-906

TENGO ¿VUELCO? EN EL CORAZÓN

MM Picans Saurino, JT Pérez Hopkins

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-907

EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y LAS INMUNIZACIONES
ESTACIONALES (INFLUENZA)

MA Esquivias Campos (1), R Nascimento Beltrán (1),
C Moreno Caycedo (2)

(1) Hospital General La Mancha Centro. (2) Hospital General de Tomelloso.
Ciudad Real

A-910

HIPOGLUCEMIA GRAVE Y RECURRENTE

M Clemente Yélamos (1), C Piccone Saponara (1),
R Soriano Arroyo (2), C Marí Silva (1), C Montes Castillo (2),
M Lorca Serralta (1), I López Gosling (1)

(1) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (Madrid).

(2) Hospital Universitario La Paz. Madrid

A-911

VARÓN DE 51 AÑOS CON ASTENIA

AB Carlavilla Martínez, IP Fernández Marín, M Cuadrado Fernández, L
Yubero Salgado, E Muro Fernández de Pinedo, LT Vázquez Rodríguez,
A Sánchez Morla

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-912

PR LARGO... Y PELIGROSO

E. López Berrocal (1), E Piñero Flores (2), M Blanca Segura (3),
M Ruiz Ojeda (4), F Rico Rodríguez (5), L Mechbal Gracia (5),
A López Sánchez (5)

(1) Centro de Salud Ubrique. Cádiz. (2) Consultorio de Bornos.

Zona Básica Villamartín. Cádiz. (3) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias
de Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba.

(4) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Pozoblanco. Córdoba

A-913

SÍNDROME DE KOUNIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A Laguna Carrero, E García Medina, R Nascimento Beltrán,
C Agudelo Lombana, M Esquivias Campos, L Alcalá Bustos

Hospital General La Mancha Centro. Ciudad Real

A-916

CEFALEA Y DÉFICIT NEUROLÓGICO TRANSITORIO:
SÍNDROME DE HANDL

E Esteban Zubero (1), F Castillo Álvarez (2), A Hernández Marcos (3),
A Erdocia Goñi (3), CI Gutiérrez Cecchini (3), N Reurich Gómez (3),
J Navarro Calzada (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro. Logroño.

(2) Servicio de Neurología. Hospital San Pedro. Logroño.

(3) Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro. Logroño. (4) Servicio de Urgencias.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

A-918

NO ME LLEVES EN TU BICICLETA...

E Gonzalvo Bellver (1), A Peiro Gómez (2), J Mateu Sáez (3),
P Soriano Benet (4), C Martín Pellus (2), R Castillo Rubio (2)

(1) Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. (2) Hospital de Liria. (3) SAMU.

(4) Hospital General. Valencia



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-925

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST:
¿SÍNDROME DE TAKO TSUBO O TIROTOXICOSIS?C Ibero Esparza (1), L Sánchez Íñigo (1), E Regidor Sanz (2),
N López Laguna (1), O Oger (1), I Fau (1)

(1) Hospital García Orcóyen. Estella. (2) Complejo Hospitalario Navarra. Pamplona

A-930

UN PASEO CON DOLOR TORÁCICO

J Ortega Pérez, M Vidal Borràs, E Alfaro García-Belenguer

Urgencias. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

A-931

DORSALGIA INESPERADA

R Soriano Arroyo (1), C Montes Castillo (1), C Piccone Saponara (2),
M Clemente Yélamos (2), M Lorca Serralta (2)

(1) Hospital Universitario La Paz. Madrid.

(2) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (Madrid)

A-932

ENDOSCOPIA TRAS CEVICHE

G Delgado Cárdenas, N Leco Gil, MJ Durán Gallego,
S Sánchez Sánchez, A Gavilán Casado, B Mora Hernández,
MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

A-940

IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN EN OBSERVACIÓN Y
LA COLABORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL
SÍNDROME DE MARCAPASOS

M Nogués Herrero, E Rubiño Yáñez, MJ Morales Acedo

Hospital de Antequera. Málaga

A-947

EPIGASTRALGIA COMO PRESENTACIÓN
DE INSUFICIENCIA CARDIACAA Alonso Morilla, I Sánchez Díaz, PN Iribarren Lorenzo,
V Fernández Rodríguez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

A-952

MENUDA TORMENTA

C Cela Alcaraz (1), MJ Durán Gallego (2), MP García García (1),
C Pérez Sánchez (1)

(1) Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

(2) Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

A-953

ANGOR VASOESPÁSTICO POR CARDIOTOXICIDAD
A QUIMIOTERÁPICO

MV Alonso Pino (1) RC Gutiérrez Ruiz (2), OD Navarro Aparicio (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real.

(2) C. S. El Colorao. Conil. Cádiz

A-954

CUADRO DE POLIARTRITIS EN PACIENTE HONDUREÑO
RECÉN LLEGADO A ESPAÑAY López Albarrán, P Tranche Álvarez-Cagigas,
LJ Arce Segura, G Peña y Lillo Echevarría, E Díaz Vera,
J del Cañizo Canto, J Valverde Sevilla

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-960

MIOCARDIOPATÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA.
DIAGNÓSTICO EN URGENCIASI Fernández Vidaurreta (1), L Labajo Montero (2), E Rojo Pérez (3),
D Castell Benito (1)

(1) Hospital Torrejón de Ardoz. (2) Hospital Universitario La Paz. Madrid.

(3) Fundación Jiménez Díaz. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-962

¿CUÁNTO MIEDO NOS DAN LAS TAQUICARDIAS
CON PREEXCITACIÓN?

LJ Arce Segura (1), P Tranche Álvarez-Cagigas (2),
Y López Albarrán (2), D Palacios Martínez (3), E Arce Segura (4),
EM Segura González (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid // SUMMA
112, Madrid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor.
Madrid. (3) Centro de Salud Sector III. Getafe (Madrid). (4) Servicio de Alergología.

A-971

FIBRILACIÓN AURICULAR INVERTIDA

MV Borrás Bermejo, C Gago Bellido, A Ayestara Masó,
A Vigo Peiró, C Martín Pellus

Hospital de Liria. Valencia

A-975

LA INMIGRACIÓN NOS TRAE SORPRESAS.
LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA ANAMNESIS

G Peña y Lillo Echeverría, E Díaz Vera, Y López Albarrán,
P Tranche Álvarez-Cagigas, LJ Arce Segura, N Martín Alonso

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-978

SÍNCOPE TRAS NOCHE DE ALCOHOL Y COCAÍNA

F Santamarina Carvajal, E Puga Montalvo, I Robles Pérez,
E Rojas García, I Guerrero Vargas, Z Issa-Masad Khozouz

Complejo Hospitalario de Granada

A-989

DISNEA: INERCIA DIAGNÓSTICA

A Cabo López, MC Rodríguez Casimiro, MC Rubio Miguel,
M Bufoñ Jiménez, MC Cintado Sillero, A Bufoñ Galiana

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-992

TAQUICARDIA FASCICULAR POSTERIOR

A Puche Alcaraz, M González Tejera, E López Ramos

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

A-1001

TENGO LA FRECUENCIA CARDIACA COMO INDURAIN

MJ Matías García, S Ferrero Lobo, EM Patiño, C Cuesta López,
M Arévalo de Pablos, A García García

SAMUR-PC

A-1002

QUISTE HIDATÍDICO COMO CAUSA
DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

MO García Sánchez, F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano,
MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-1009

MISCELÁNEA DE SÍNTOMAS COMO MANIFESTACIÓN
DE DISECCIÓN AÓRTICA

C Alonso Porcel (1), P Cuesta Rodríguez (1), C Longo Alonso (1),
A López Alonso (1), E Prado Fernández (1),
LM Sánchez Rodríguez (2), B Pérez Deago (1)

(1) Hospital de Cabueñes. Gijón. (2) SAC Área I

A-1010

SÍNDROME DE QT LARGO POR METADONA Y ANTIRRETROVIRAL

I García Suárez (1), L Hernández Sánchez (1), MD Macías Robles (1),
MD Pajín Collada (1), P Sánchez López (1), E Abarrio Fidalgo (2)

(1) Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

(2) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1011

PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

Y Fernández Ramírez (1), S Rivas Menéndez (2),
V Fernández Menéndez (3), S Francesena González (4),
B Pérez Deago (5), A Peláez González (6)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. (2) Hospital Vital Álvarez Buylla. (3) Hospital Cangas de Narcea. (4) Atención Primaria Área Sanitaria VI, (5) Hospital Cabueñes. (6) Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-1012

VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE. ICTUS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

S Gregorio Molina, I Lucas Tomàs, R Escrivà Trueba,
M Domínguez Galiana

Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante

A-1013

NO ES SODIO TODO LO QUE RELUCE

MS Pedromingo Kus, P Barbero Barbero, M Escamilla Espínola,
S Pérez Pinto, MT Tolmos Estefanía, M Otero Soler,
A de la Vega Lanciego

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-1015

INDICACIÓN DE CATETERISMO URGENTE EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) ASOCIADO A ENCEFALOPATÍA ANÓXICA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

R Hueso Pinazo, A Pérez Martínez, J Salgueiro Ruiz,
M López Pardo, I Torrealba Rodríguez, C Calvo, M Requena Sáiz

Hospital Francisc de Borja. Gancía, Valencia

A-1018

DESPACITO, ME DUELE EL CORAZONCITO

N Arellano Díaz, M García Palacios, E Vicente Carrión,
RL Navarro Silvente, C Espín Giménez, MC Quesada Martínez,
D Fernández Camacho

Urgencias Extrahospitalarias Jumilla. Murcia

A-1029

CRISIS COMICIALES Y HEMICOLECTOMÍA DERECHA ¿ES IMPORTANTE VIGILAR LOS IONES?

E Montero Romero, F Ruiz Ruiz, C Gallego Casado,
JM Camero Macías

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

A-1041

MÁS ALLÁ DE LA SUPERFICIE, LO QUE LA PATOLOGÍA CUTÁNEA PUEDE ESCONDER

A Aranguren Aróstegui (1), P Hernández Martínez (1),
Z Salmón González (1), P Garmilla Ezquerro (1),
I Sanlés González (1), L Gutiérrez Cantero (2), E Cobo García (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (2) Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

A-1042

DISNEA EN UNA MUJER JOVEN DE CAUSA INHABITUAL

F Trapiello Valbuena, L Pérez Ordoño, R Barbosa Requena,
B Ayuso García, E de Sautu de Borbón, A Marchán López,
D Paredes Ruiz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-1043

LA PLACA DE ATEROMA: CULPABLE HASTA QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO

P Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, E García Camacho,
A Martínez Cámara, J Sánchez-Prieto Castillo, MA Sastre Perona,
R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-1054

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN ¿CONOCEMOS SUS INDICACIONES?

C Sanz Plaza, S López Lallave, O Martínez Sáez,
M Sobrevela Albacete, MG Rincón Carmona, R Ibáñez Castillo,
C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor Valdecas. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1056

NO ERA UN CORAZÓN GRANDE QUE NO ENTRABA EN LA CAJA,
ERA UN DERRAME PERICÁRDICOO Martínez Sáez, B García Marina, LJ Arce Segura, G Rincón Carmona,
R Ibáñez del Castillo, L Ortega Herruzo, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-1060

LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO GUÍA FUNDAMENTAL
DEL MANEJO DEL PACIENTE EN URGENCIASFJ Morán Gallego, M Borregón Rivilla, R Estévez González,
MJ Palomo de los Reyes, R Rubio Díaz, D Carro Herrero,
I Paredes Borrachero

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-1061

DOCTOR, NO VEO

I Sanlés González, A Jiménez Alfonso, P Hernández Martínez,
H Molina Llorente, D Toresano López, H Alonso Valle,
P Garmilla Ezquerro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-1063

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA, PARECE PERO NO LO ES

R Vizcaíno Pinedo, T Bernabeu Torregrosa, R Martín Ivorra,
M Pinilla Bernechea, L Cifuentes García, I Nakonetchny Tolchin,
P Romero Crespo

Hospital Universitario i Politécnic La Fe. Valencia

A-1065

¡NO PUEDO TRAGAR!

M López García, FJ Sánchez Galindo, R Santiago Gómez,
F Juanes Toranzo

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-1067

DOLOR TORÁCICO EN ADICTO A COCAÍNA

L Holgado Castell, J Guillén González, L Royuela García,
E Guirado Barjola, DC Palacios Martorell, P García Bermejo,
JM Currás Móstoles

Hospital Universitario de la Ribera. Alcira, Valencia

A-1071

MIOCARDITIS: SIMULANDO UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

L Díaz-Chirón Sánchez, L Gutiérrez de la Varga, M Almendárez Lacayo,
A Martínez León, V León Arguero, L García Pérez, M Martín Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

A-1083

HERIDA POR BROCA... ¿LEUCEMIA, DOCTORA?

S Moreno Ramírez, P Valiente Maresca, L Parrilla Navanuel,
C Redondo Galán, B Lozano Hernanz, P Redondo Galán, P Ciardo

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

A-1084

PROGRESIÓN INESPERADA

S Moreno Ramírez, P Valiente Maresca, L Parrilla Navanuel,
C Redondo Galán, P Redondo Galán, R Rubio Díaz, S Daza Pozo

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

A-1097

EPISODIO MANÍACO. NOS DEJAMOS LLEVAR

I Corrales Álvarez, JM Cañizares Romero, M Martínez Ibáñez,
A Cordero Moreno

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

A-1098

EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN CONTEXTO DE FIBRILACIÓN
AURICULAR PAROXÍSTICAC Andrés Peiró, J Ríos Ríos, J Clar Bononad, M Menéndez Rodríguez,
M Boveda

Hospital Clínico Universitario de Valencia

A-1100

UN DOLOR DE CABEZA AGITADO

C Laguna Cárdenas, EA Lino Montenegro, FM Mateos Chaparro,
M Soheim El Sayed, JL Cepeda Blanco, A Ukar Naberán,
E Sáiz Yoldi

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-1101

LA GRAN SIMULADORA

R Estévez González, V Landaluce Pelligra, T Martínez Maroto,
E García Tercero, R Casas Sepúlveda, J Olalla Linares

Complejo Hospitalario de Toledo

A-1102

DEL CEREBELO AL PULMÓN

C Laguna Cárdenas, A Ukar Naberán, EA Lino Montenegro,
E Sáiz Yoldi, L Fernández-Vega Suárez, M Nielfa González,
J Capellades, I Llopart

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-1103

DES-PA-CI-TO. EVOLUCIÓN BLOQUEO AV

MA García Chicano (1), PM Alcázar Artero (1), I Saura García (1),
P Pérez Martínez (2), FA Guirao Salinas (1),
EM Fernández Quijada (1), IM Hidalgo García (1)

(1) Centro de Salud Vistalegre-La Flota /Hospital Morales Meseguer. Murcia.

(2) Centro de Salud Murcia Centro

A-1104

BRADICARDIA Y TAQUICARDIA EN UN MISMO PACIENTE

P Vidal Navarro, YE Sánchez Mejía, C de Jesús Pérez,
E Martínez Lerma, P Soria Candela, MD González Navarro

Hospital Virgen del Castillo. Yecla (Murcia)

A-1106

UN DOLOR ABDOMINAL DIFERENTE

M de la Roz Sánchez, MD Macías Robles, I Olaya Velázquez,
A Estrada Menéndez, S Vidal Tanaka, N Fernández Sobredo,
A Ruiz Álvarez (1)

Hospital Universitario San Agustín. Avilés (Asturias)

A-1107

NO TODO ERA RESPIRATORIO

H Cabrera Martínez (1), A Chuchón Alva (2), I Cordon Dorado (1),
H Rodríguez García (1), D Barrio del Mesagosa (3),
F Río del Fernández (1)

(1) Centro de Salud Ávila Estación. (2) Centro de Salud Ávila Suroeste.

(3) Centro de Salud Ávila Norte

A-1109

PARECE LO QUE NO ES.
SOSPECHA DE INTOXICACIÓN ALCOHÓLICAM Pérez Segrelles, UP García López, M Muñoz Carril,
S Pérez López

Hospital General Universitario de Valencia

A-1120

DOS MINUTOS PARA TI, UNA VIDA PARA EL PACIENTE

C Gil Rojo (1), P Fabero Cruz (1), P Matías Soler (1),
M Sanz Sanz (2), JL Lechuga Martos (1), ML Nería Castellanos (2)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (2) C. S. Las Águilas. Madrid



CASOS CLÍNICOS

A-1123

CEFALEA Y VÓMITOS EN PACIENTE CON ANTIAGREGACIÓN

C Corugedo Ovies (1), R Sánchez Rodríguez (1), HM Mendes Moreira (1),
ML García Estrada (1), EM Cano Cabo (1), JC Cobo Barquin (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. (2) C. S. Siero-Sariego.
Asturias.

A-1125

MALESTAR GENERAL EN PACIENTE DIABÉTICO

K Mora Sosa (1), N Orozco Casado (2), I Pérez Cabeza de Vaca (3)

(1) C. S. San José (Linares C). (2) C. S. Federico del Castillo. (3) CS de Mengíbar. Jaén

A-1127

DOLOR CENTROTÓRACICO AGUDO

L Cifuentes García, T Bernabeu Torregrosa (2), A Albiñana (2),
M Pinilla Bernechea (2), I Nakonetchnyi Tolchin (1),
R Vizcaíno Pinedo (1), R Martín Iborra (1)

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

A-1132

LA DISECCIÓN AÓRTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Y HOSPITALARIA

P Mayor Heredia, B Aracil Martínez, I Tárrega Ferrer,
E Calderón Pérez, M Balboa Alonso

Hospital Universitario de San Juan. Alicante

A-1135

AINE E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
¿VALORAMOS REALMENTE EL RIESGO?

A.J León Medina, P Geraldo Pérez, I López Fernández, M March Bono,
C Pérez García, A. Lombardi

Hospital Lluís Alcanyís. Servicio Urgencias Hospitalarias. Valencia

A-1136

CEREBRO Y CORAZÓN: EN LA OBLIGACIÓN DE ENTENDERSE.

M Dolorzo González, I Miguens Blanco, C Jurado Gallardo, L Alonso
Bastos, P Privado Martínez, I Solar Gil, B Villatoro Ramírez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

A-1143

A PROPÓSITO DE UN CASO:
ARRITMIA EN ANOMALÍA DE EBSTEIN

J Hernández Moratalla, A Sánchez López, A Ortiz Manzano

Hospital Torrecárdenas. Almería

A-1149

FA Y SEPSIS

DM Robaina Cabrera, MJ Grande Frutos, P Fombellida Gutiérrez,
R González Peredo, E López Uzquiza, LP Salag Rubio, S Sánchez Ortiz

Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria)

A-1151

VÍSTEME DESPACIO... IAM CON TROPONINAS LENTAS

FM Rodríguez Rubio (1), M Ibáñez López (2), R Antúnez Ganga (3), MJ
Fernández Rodríguez (3), D Fernández Valdivieso (4),
L Ramírez Utrero (5)

(1) C. S. Calasparra. Murcia. (2) C. S. Moratalla. Murcia. (3) C. S. Ugijar. Granada.
(4) C. S. Almoradí. Alicante. (5) C. S. El Cabo Huertas. Alicante

A-1155

HEPATOPATÍA CRÓNICA CANSADA

J Sanantón López (1), M García Galán (1), Z Serrano (1),
R Moyano (1), PR Cáceres Zúñiga (2)

(1) Hospital Marina Salud Denia. (2) C. S.I Calpe. Alicante

A-1162

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA,
¿CARDIOLÓGICA O RESPIRATORIA?

S Álvarez-Ossorio Cisneros, L Benítez Muñoz, O González Alemán,
C Aznar Zamora, MC García Cruz, A Fernández Cuervo

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1163

EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA
EN URGENCIAS

P Bermúdez Martí (1), G Rijo Nadal (2), J Bustamante Odriozola (3),
M de la Torre Rodríguez (4), A Asturias Sáiz (5), A Azagra Calero (6),
D Robaina Cabrera (7)

(1) C. S. El Alisal. (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
(3) C. S. Isabel II-Centro (Santander). (4) C. S. Fuentelarreina. Madrid.
(5) C. S. Dávila. Santander. (6) C. S. Sardinero. Santander

A-1166

DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS AGUDA

L Benítez Muñoz, A Rodríguez Camacho, A Fernández Cuervo,
S Álvarez-Ossorio Cisneros, MC García Cruz, O González Alemán,
B Marcotte Denís

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

A-1171

COMPLICACIONES GRAVES POR UN MAL CONTROL
IÓNICO-METABÓLICO

CM Guerra García (1), V Terán Díez (2), M Terán Díez (3),
R Vayas Abascal (4), L Carrera Romero (5), S Jiménez Perales (6)

(1) SEM 061. Cantabria. (2) EAP Mataporquera SCS. (3) CS Montesa, SERMAS.
(4) EAP Cotoño I SCS. (5) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla SCS.
(6) SUAP Selaya SCS. Santander

A-1174

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN
PACIENTE SIN/CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

A d'Abbraccio Casanova, Y. López Albarrán, E. Díaz Vera (2)

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-1177

BUSCANDO LA CAUSA DEL ICTUS

J Pérez Hopkins (1), M Picans Saurino (2)

(1) C. S. Villaviciosa. (2) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-1181

DOBLE OCLUSIÓN CORONARIA POST PRUEBA DE ESFUERZO
NEGATIVA

C García-Giralda Núñez (1) N Benítez Samuel (1), G Alonso Sánchez
(1), E Pérez Pagán (1), P Rodríguez Lavado (1), M de la Torre
Olivares (2), A Egea Huertas (3)

Hospital Comarcal del Noroeste de Murcia

A-1188

EL PACIENTE COMO UN TODO

A Marco Berná, C López Alarcón, AI Ortega Requena,
P Abellán García, N Rodríguez García, AM Mellado Ferrández

Hospital General Universitario Reina Sofía

A-1189

UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DISECCIÓN AÓRTICA

M Cordero Cervantes, EM Prieto Piquero, EM Cano Cabo,
R Cenjor Martín, A Peláez González, L López Menéndez,
ML García Estrada

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

A-1192

DOLOR TORÁCICO AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

SS Mendoza Lizardo, N Mayoral Canalejas, S Bellón Vallinot,
MM Bermejo Olano, M Chichón Sánchez, JI Collado Álvarez,
J Puerma Ruiz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid





CASOS CLÍNICOS

A-1193

ANEMIAS QUE DUELEN EN EL CORAZÓN,
LA IMPORTANCIA DE UNA VISIÓN INTEGRAL

CM Cano Bernal (1), F Campillo Palma (2), B de la Villa Zamora (2),
L Blázquez González (2), N Martín Díaz (2), I Picó García (2),
LM González Torres (2)

(1) Hospital Reina Sofía. (2) Hospital Morales Meseguer. Murcia

A-1194

LA CALIBRACIÓN DEL EKG,
UN PARÁMETRO A TENER EN CUENTA

B Pérez Pérez, E Sáez Rodríguez, B Gil de Haro, FA Ruiz Simón,
J Domínguez Carrasco, C López Ballesta

Complejo Hospitalario de Zamora

A-1195

SIADH EN CONTEXTO DE INFECCIÓN SISTÉMICA:
A PROPÓSITO DE UN CASO

J Bada da Silva, L Belmar Vega, LH Galván Espinoza, M Cervienka,
L Ruiz Martínez, M Serrano Soto

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

P-1201

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL.
MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA DEL PACIENTE VIH

A Romano Díaz, JM Krivocheya Montero, J Arjona Soriano,
C González Vázquez, A Krivocheya Montero, DP Martínez Betancourt

Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: toxoplasmosis-VIH-realce en anillo

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 48 años de edad que consulta al SUHC por cuadro confusional y disminución del nivel de conciencia **ANTECEDENTES PERSONALES:** VIH positivo, sarcoma de Kaposi cutáneo, crisis comiciales, asma bronquial, coinfección VHC, tabaquismo, enfisema con múltiples bullas alveolares **EXPLORACIÓN FÍSICA** Afebril, normotenso Afaso-apraxo-agnosia, sutil heminegligencia derecha y asimetría facial sin clara paresia. No claudicación de miembros inferiores. MID 4+/5, marcha titubeante pero autónoma Abdomen con signos de ascitis Miembros inferiores con edemas, no signos de TVP Resto de exploraciones por órganos y aparatos normales **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS** Analítica general Bioquímica: Urea 64, calcio 8,3 Gasometría venosa: presión 02 16, saturación 02 18%, presión de CO2 53, bicarbonato 30,8, CO2 total 32,4 Orina: Negativa Hemograma: Plaquetas 117000 Coagulación: Normal Rx de tórax: No infiltrados alveolares, índice cardio-torácico normal, patrón enfisematoso TAC craneal urgente: Extensa hipodensidad córtico-subcortical, con pequeña área de realce nodular en anillo, de 1,5 cm, que producen efecto masa con colapso del ventrículo lateral ipsilateral y desviación de la línea media, de presumible origen infeccioso. Añrea de calcificación con pequeña zona de encefalomalacia **EVOLUCIÓN:** Se ingresa a cargo del Servicio de Medicina Interna completándose estudios RMN: Se aprecia la misma lesión evidenciada en el TAC craneal y foco hiperintenso sin captación de contraste en tálamo izquierdo, hallazgos que pueden ser sugerentes de toxoplasmosis Punción lumbar en la que se aprecia positividad del ADN para Toxoplasma, negativo para el virus JC, bioquímica y citología negativas. Estudio de Mycobacterias y Criptococosis negativo. Toxoplasma Ig G positivo Ecografía abdominal sin alteraciones Se inicia tratamiento antitoxoplasma, con buena evolución clínica, normalizando el nivel de conciencia, sin focalidad al alta. Se reintrodujo terapia antirretroviral **DIAGNÓSTICO:** Toxoplasmosis cerebral en paciente VIH **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Citomegalovirus, LEMP, linfoma primario del SNC, criptococosis, infección por Mycobacterias, infarto cerebral, encefalitis viral, neurosífilis, ventriculitis.

CONCLUSIONES:

La toxoplasmosis cerebral es la infección cerebral focal más común en los pacientes con SIDA. Puede presentarse en casi la tercera parte de los pacientes con SIDA y su incidencia se ha reportado entre un 6 y 47%. Puede ser la manifestación inicial de SIDA o señalar hacia este padecimiento en paciente con factores de riesgo conocidos. Habitualmente se produce como consecuencia por la reactivación de una infección adquirida previa.



CASOS CLÍNICOS

P-1206

A PROPÓSITO DE UN SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO

V Palazuelos Molinero, A Maganto Sabcho, J Andueza Lill,
J Sevillano Fernández, D Micheloud Giménez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PALABRAS CLAVE: síndrome febril sin foco-osteomielitis-microorganismos resistente

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 50 años. Antecedentes personales: Fumadora Mielomenin-gocele con espina bífida e hidrocefalia tricameral y malformación de Arnold-Chiari Epilepsia en tratamiento con levetiracetam y fenobarbital. Intervenida de fractura pertrocanterea de fémur derecho en dos ocasiones 2013 Paciente que acude a la urgencia por anemia sintomática Hg de 7.5, remitida por Médico de Atención primaria, refiere malestar general y fiebre de 38° en forma intermitente desde 15 días TA 110/70 FC 100 FR 16 T 36,3 Destaca una lesión nodular en la región interna del muslo sin datos de flogosis. LAb: Leucocitos 15.000(90%G) PCR 18, Creatinina 2,3 Urea 120, Hg 7.2 resto sp. Rx de tórax: sin datos de consolidación. ICT conservado Se toman Urocultivo y hemocultivos. La paciente comienza tratamiento con ceftriaxona por sde febril sin foco evidente, evoluciona durante su estancia en urgencias con hipotensión, mala perfusión periférica, taquipnea, se comienza tratamiento para sepsis grave se instaura tratamiento con imipenem y vancomicina con mala evolución. La paciente presenta tratamiento con noradrenalina y VMI pasa a la UCI. Se solicita TAC de tórax y abdomen: informa alteraciones de estructuras óseas en la región posterior de la hemipelvis izquierda con alteraciones compatibles con osteomielitis: Ausencia de isquion y ramas ilio e isquiopúbicas que, alteración en la densidad ósea en región acetabular del iliaco y en el extremo proximal del fémur con desestructuración alteraciones degenerativas asociadas en cadera. En región isquiática derecha se aprecia alteración en la densidad de la grasa subcutánea superficial a la tuberosidad isquiática en la que se aprecia esclerosis y fragmentación con alteraciones compatibles con proceso inflamatorio crónico sin poder descartarse osteomielitis con fistulización a la región interna del muslo Se reciben resultados de cultivo óseo donde se evidencia BACTERIOLOGIA GENERAL II. RESULTADO: Acinetobacter baumannii, Enterococcus sp, Streptococcus viridan, Staphylococcus coag. Prevotella disiens, Finegoldia magna (P. magnus) Coco Gram Positivo Anaerobio Posterior a recibir el resultado del cultivo óseo se modifica tratamiento antibiótico a colistina y vancomicina a pesar de la toxicidad renal, dada la mala evolución. La paciente es sometida a tratamiento quirúrgico y continua ingresada con mejoría del cuadro después de 14 días de evolución.

CONCLUSIONES:

El síndrome febril prolongado constituye un reto diagnóstico en los servicios de Urgencias y de su rápido abordaje determina la evolución del paciente.

P-1208

FIEBRE SIN FOCO

MB Moltó García, IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez,
J Roca Guiseris

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: pulmonary abscess-septic mouth-fever

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 57 años, fumadora de 20 cigarrillos/día, que acude al SUE manifestando que tras proceso catarral, presenta cuadro de malestar general, cansancio, fiebre intermitente (hasta 38°), tos con expectoración escasa. Dolor en costado derecho y pérdida de unos 2-3Kg. A la exploración eupneica en reposo, SO2 93%, boca séptica con falta de alguna pieza dentaria. tonos cardíacos rítmicos con hipofonía en base derecha, con crepitantes. Analítica con 24000 Leucos (82%PMN), PCR >480, resto de parámetros, incluyendo función renal y electrolitos e Inmunoglobulinas en el rango de referencia. Rx de tórax: gran cavidad de paredes gruesas y n nivel hidraéreo inferior, situado en hemitorax derecho. TC Tórax: derrame pleural derecho en escasa cuantía, lesiones de aspecto fibrocicatricial en ápices pulmonares, atelectasias laminares basales derechas de origen compresivo, Imagen ovalada y pared gruesa, multiloculada, con nivel hidraéreo en su interior, dependiente del pulmón, en LID. Fibrobroncoscopia normal La paciente ingresa a cargo de Neumología con diagnóstico de Absceso pulmonar y tras antibioticoterapia empírica y fisioterapia la evolución es favorable con evacuación de gran parte del contenido de la lesión abscesificada. La evolución fue favorable con alta y desaparición de la imagen cavitaria en los meses posteriores.

CONCLUSIONES:

La neumonía cavitada o absceso pulmonar es una complicación poco frecuente en nuestros días, que se asocia al antecedente de alcoholismo, factores de riesgo de aspiración, obstrucción bronquial por neoplasia o cuerpo extraño, y mala higiene bucal. Los principales microorganismos aislados son bacterias anaeróbicas estrictas, S. aureus y bacilos gramnegativos entéricos. La terapia antimicrobiana debe ser prolongada y se extiende hasta lograr la resolución o estabilidad radiológica. El tratamiento del absceso pulmonar es fundamentalmente médico y la duración de la terapia antibiótica estará determinada por el curso clínico y la evolución radiológica. La recomendación es de 2 a 3 semanas de tratamiento parenteral y si la respuesta es buena se debe completar 4 a 8 semanas en total. La elección del antibiótico será según el agente etiológico aislado, o el más probable, y de acuerdo a la sensibilidad antibiótica establecida.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1209

LA MIGRACIÓN DEL COCO

M Gil Mosquera (1), R Gómez Guerra (2)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre. (2) Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: spondylodiscitis-endocarditis-sciatica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 82 años con AP de relevancia, intervención cardíaca con prótesis aórtica biológica seis meses antes. Acude al Servicio de Urgencias por dolor lumbar irradiado a ambos miembros inferiores, impotencia funcional y fiebre de hasta 39 grados de varios días de evolución. Exploración anodina salvo apofisalgia selectiva a nivel de L4/L5 e incapacidad para la deambulación, hiporreflexia patelar izqda. Realizándose analítica con discreta leucocitosis y desviación izqda, PCR muy elevada, resto normal. Durante su estancia en Urgencias crece en cuatro hemocultivos *S. gallolyticus*, solicitando ECO Cardio y RMN lumbar urgente que confirman sospecha de espondilodiscitis de etiología embolígena con endocarditis asociada. Ya en planta y dado el aislamiento microbiológico obtenido se realiza colonoscopia ante la alta asociación con las neoplasias digestivas, mostrando neoformación cecal de aspecto maligno.

CONCLUSIONES:

Clásicamente se ha asociado la bacteriemia por *Streptococcus gallolyticus* (antiguo *S. bovis*) con endocarditis y espondilodiscitis en pacientes con neoplasias digestivas conocidas o no. Dada la importancia de la patología tanto infecciosa como paraneoplásica con la que se se relaciona, es fundamental para el clínico conocerlo.

P-1211

ENFERMEDAD DE MONDOR

Y Ortiz de Eribe Martín-Viera, FJ Vara Morate, MC Soriano González, FJ Garriguet López, JC Serrano Merinas, JM Barquero Fernández, A Perales Castellano

Hospital Alta Resolución Valle del Guadiato. Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba

PALABRAS CLAVE: Mondor's-disease-trombophlebitis-mama

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 45 años de edad que acude a nuestro servicio de urgencias de nuestro hospital por mastodinia en mama izquierda irradiada a abdomen, así como notar un cordón duro que parte desde la mama a región abdominal, refiere que aumenta o se hace más visible al elevar el brazo, así como cuando se encuentra en bipedestación. Como antecedentes médico-quirúrgicos de interés destaca que hace un mes le practicaron una biopsia de mama derecha guiada por ecografía (BAG) por nódulo mamario. En la inspección se visualizaba en la cara anterolateral izquierda del tórax un cordón indurado, adherido, de unos 10 cm. Dicho cordón era discretamente doloroso a la palpación y se acentuaba con la hiperextensión de la extremidad superior izquierda, así como al pasar de la sedestación a la bipedestación. Se realizó analítica completa cuyos resultados fueron rigurosamente normales, así como radiografía de tórax en la que no se evidenciaba patología. Se citó al día siguiente para realización de ecografía programada donde se objetivó sistema venoso superficial señalado por la paciente que recorre desde abdomen a mama izquierda, no comprensible, sin flujo, doloroso a la exploración, con sospecha de tromboflebitis de Mondor de vena toracoepigástrica. Se pautó tratamiento médico con amoxiclavulánico, antiinflamatorios, y se revisó a las 2 semanas en consulta de cirugía con remisión completa de la clínica descrita.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Mondor, es una entidad caracterizada por el desarrollo de tromboflebitis de venas subcutáneas. Localización más frecuente, en la cara antero lateral de la pared toraco-abdominal. Se caracteriza por la aparición de un cordón palpable, doloroso, que involuciona en un período de tiempo variable, generalmente corto. Su etiología es desconocida pudiéndose relacionar en algunos casos con traumatismo local, esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos en la mama y procesos febriles previos. No parece existir relación con el cáncer de mama, aunque se han descrito casos asociados al mismo. También se han referido casos asociados a embarazo y puerperio, a la arteritis de células gigantes y a otras enfermedades sistémicas. Afecta principalmente a mujeres entre 21 y 55 años, aunque en un tercio puede aparecer en el varón.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1213

DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Martín Suárez (1), JA Méndez López (1), FJ Tamargo Miguel (1),
AV Montes Prieto (2), D Díaz Rozado (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes. (2) Hospital de Jove. Gijón

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-trombosis-isquemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 42 años, sin alergias conocidas y diagnosticado de HTA esencial con estudios normales, incluyendo ecografía abdominal, MAPA y control analítico seriado. ENFERMEDAD ACTUAL: Dolor periumbilical y deposiciones diarreicas con vómitos autolimitados de 48 horas de evolución. Tratado inicialmente con hidrocloreto de loperamida con desaparición de la diarrea, pero con persistencia del dolor abdominal y sensación de plenitud por lo que decide acudir a urgencias. Resto de anamnesis por aparatos negativa. EXPLORACIÓN FÍSICA: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen derecho con defensa. Blumberg +. Peristalsis conservada. Extremidades inferiores sin signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica con hemograma normal, bioquímica con parámetros normales salvo PCR de 143 y coagulación básica sin alteraciones. ECO-TAC abdominal: trombosis venosa esplenoportomesentérica, que afecta a vena esplénica hasta su tercio medio, mesentérica mayor y ramas, así como vena porta y ramas intrahepáticas. Hígado parcheado en relación con áreas de hipoperfusión, engrosamiento de las paredes del marco cólico (más acentuado en transverso derecho) y algún asa de intestino delgado distal. Mínima cantidad de líquido libre intraperitoneal. El paciente es valorado por el Servicio de Cirugía desestimando intervención quirúrgica. Con el diagnóstico de trombosis esplenoportomesentérica, se inicia anticoagulación oral y se realizan estudios de coagulación sin constatar patología asociada (deficiencia de antitrombina III, proteína C, proteína S, o anticuerpos antifosfolípidos). DIAGNÓSTICO Trombosis esplenoportomesentérica primaria.

CONCLUSIONES:

La trombosis venosa mesentérica es la causa entre el 5 y el 15% de los casos de isquemia mesentérica. Se divide en dos grandes grupos: primaria (cuando no hay causas en el paciente que originen la trombosis venosa) y secundaria (cuando se logra identificar alguna). Entre los factores asociados se encuentran: estados protrombóticos, enfermedades hematológicas, enfermedades inflamatorias, postoperatorio inmediato, cirrosis y trauma. La sintomatología es vaga, siendo el síntoma principal el dolor abdominal cólico, seguido de náuseas y vómitos, y en ocasiones melenas. En la exploración física hay dolor abdominal con signos de irritación peritoneal en casi la mitad de los pacientes. La duración es variable, desde horas hasta semanas. El retraso en el diagnóstico y tratamiento está asociado a un aumento de la mortalidad.

P-1214

HEMOPTISIS EN URGENCIAS EN UN CASO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA TIPO SECUESTRO INTRALOBAR EN PACIENTE DE ORIGEN ASIÁTICO

AL Martín-Sonseca Rodríguez, B Martínez Villena, MA López López,
V Heras Fernández, G Gutiérrez Esteban, C Briega Iglesias,
Y Béjar Álvarez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: hemoptisis-secuestro pulmonar-malformación congénita

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES PERSONALES Varón de 53 años de origen chino, que acude por hemoptisis de 3 días de evolución. Ex fumador desde hace 2 años, ha fumado durante 20 años. No hábito enólico. No presenta alergias medicamentosas ni ambientales. No hipertenso, diabético ni dislipémico. No sobrepeso. Litiasis renal. No intervenciones quirúrgicas ni ingresos previos. Sin tratamiento en la actualidad. Se presenta en nuestro Servicio de Urgencias refiriendo tos con expectoración hemoptoica de 3 días de evolución, asociado a algún vómito con contenido hemático. No ha presentado disnea, fiebre ni otra clínica de infección respiratoria. La cuantificación de la hemoptisis en domicilio es de aproximadamente un vaso de agua (200 cc aproximadamente). **EXPLORACIÓN FÍSICA** Paciente en buenas condiciones generales, con TA 120/76, FC 90 lpm, Saturación de oxígeno basal del 98%, afebril. Bien hidratado, nutrido y perfundido, alerta y colaborador pese a dificultad idiomática. Exploración de cabeza y cuello normal, incluyendo la orofaringe. Roncus en base izquierda. Abdomen blando y depresible, sin dolor, ni datos de irritación peritoneal. Extremidades sin edemas, pulsos simétricos, sincrónicos y palpables. No focalidad neurológica. No hallazgos en piel ni conjuntivas. Fibroscopia laríngea: no restos hemáticos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** Hemograma y estudio de coagulación normales. Bioquímica en sangre, normal. Radiografía de tórax, presencia de probable consolidación parenquimatosa en lóbulo medio/base pulmonar izquierda. Se solicita TAC Torácico con contraste intravenoso: No se evidencian signos de sangrado pulmonar activo. Hallazgos radiológicos compatibles con malformación congénita tipo secuestro intralobar, en LM. Consolidación y vidrio deslustrado LM en relación con hemorragia pulmonar. **DIAGNÓSTICO FINAL** 1) Hemoptisis autolimitada en paciente con malformación congénita tipo secuestro intralobar en lóbulo medio sin datos de inestabilidad hemodinámica ni anemización secundaria 2) Hemorragia pulmonar (sin datos de sangrado activo) en lóbulo medio.

CONCLUSIONES:

Las malformaciones pulmonares congénitas son infrecuentes, encontrándose en 1 de cada 10.000-35.000 nacimientos. El secuestro pulmonar supone el 10-15-6.4% de todas las malformaciones respiratorias. Por tanto, en un síntoma que frecuentemente se presenta en nuestro trabajo diario en los Servicios de Urgencias como es la hemoptisis, deberíamos plantearnos la presencia de una malformación pulmonar congénita como etiología posible, aunque improbable, teniendo en cuenta otras opciones como primera posibilidad.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1217

SHOCK SÉPTICO FULMINANTE Y HEMÓLISIS MASIVA
SECUNDARIOS A INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*

A Moliné Pareja, M Turbau Valls, M Blázquez Andion, L Higa Sansone,
M Serés Roig, I Díaz Rodríguez, M Álvarez Albarrán

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

PALABRAS CLAVE: sepsis-*Clostridium perfringens*-hemólisis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

C. perfringens es un bacilo anaerobio Gram positivo que forma parte de la flora comensal habitual del tracto genitourinario y digestivo, que puede ocasionalmente causar infecciones locales y diseminadas. La bacteriemia por *C. perfringens* ocurre normalmente en pacientes con diabetes mellitus, patología hematológica o hepato-pancreática subyacente. Se ha descrito una forma de shock séptico fulminante, producida por cepas toxigénicas, infrecuente pero con elevada mortalidad. Mujer de 75 años, diagnosticada de sarcoma uterino con afectación metastásica pancreática y pulmonar, en tratamiento con quimioterapia (adriamicina + ifosfamida). Recibió el primer ciclo de tratamiento siete días antes del ingreso. La paciente acudió a Urgencias por presentar cuadro de fiebre alta, así como escalofríos y poliartalgias de horas de evolución. Al ingreso la paciente mostraba buen estado general, hemodinámicamente estable (TA 105/75, FC 80x'), eupneica al aire con SatO₂ del 98%, febril a su llegada con T^a de 38.5°C. Exploración física inicial anodina, sin evidencia de foco clínico infeccioso aparente. Ante la sospecha de fiebre neutropénica, se inició tratamiento empírico precoz con imipenem, previa toma de hemocultivos y sedimento urinario. La analítica mostró Hb 81 mg/dl, Leucocitos 1250, (450 neutrófilos), plaquetas 110.000. Función renal normal. BLB 30 mcmmol/L, AST 40, ALT 70, FA 170, GGT 110, INR 1.2, lactato 1.1. Rx de Tórax normal. La paciente quedó en observación bajo el tratamiento descrito. En pocas horas, la paciente presentó un rápido empeoramiento clínico y hemodinámico, evolución rápida a shock, somnolencia y estupor, oligoanuria y coluria franca. Analítica de control con presencia de acidosis metabólica severa (pH 6.8, pCO₂ 22, lactato 15), así como descenso de la Hb (2 mg/dl), bilirrubina 108 mcgmol/L, K 8, INR 3.5. Se inició tratamiento de la disfunción hidroelectrolítica severa y soporte hemodinámico ante la sospecha de coagulación intravascular diseminada, a pesar de lo cual la paciente presentó parada cardiorespiratoria, siendo exitus finalmente a las 8 horas de su ingreso. En los hemocultivos recogidos inicialmente se observó el crecimiento de bacilos Gram positivos de manera precoz, siendo identificados posteriormente como *C. perfringens*.

CONCLUSIONES:

La infección por *C. perfringens* puede ser causa de shock séptico fulminante y hemólisis masiva, con altísima mortalidad a pesar del tratamiento antibiótico.

P-1219

HEMOPTISIS Y MASA PULMONAR. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

AR Lindo Noriega (1), G Fuentes Rodríguez (1), JL Sánchez Rocamora (1),
MA Callejas Montoya (1), I Mora Escudero (1), A Castillo Morcillo (2),
I Alcanthud González (3)

(1) Hospital General de Villarrobledo. (2) Hospital General de Almansa.
(3) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

PALABRAS CLAVE: granuloma-hemoptisis-Wegener

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 54 años sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por cuadro de hemoptisis. Exploración con crepitación en base izquierda y resto anodino, analítica sin hallazgos reseñables y se objetiva en radiografía de tórax masa en lóbulo inferior izquierdo de 6,4 por 4,5 cm. Ingresos en planta de medicina interna con sospecha de masa de aspecto tumoral. Se realiza TAC torácico y se cataloga en primera instancia de quiste hidatídico con diseminación broncogénica, se inicia tratamiento antiparasitario empírico y se deriva al hospital de referencia con servicio de cirugía torácica. Se realiza toracotomía urgente con lobectomía de LII, enviándose muestra a anatomía patológica, siendo el diagnóstico final de poliangitis granulomatosa (Granulomatosis de Wegener) con marcadores autoinmunes negativos. Actualmente en seguimiento por Unidad de enfermedades sistémicas en Hospital General de Albacete.

CONCLUSIONES:

Se trata de un paciente con clínica de hemoptisis sin objetivarse fiebre y en la analítica reactantes de fase aguda negativos por lo que podemos descartar causas infecciosas, por otra parte el paciente no presenta un cuadro constitucional ni factores de riesgo que nos hagan pensar en un primer momento en un proceso neoplásico. El resto de diagnósticos diferenciales que podía presentar el paciente ante los hallazgos radiográficos podrían ser de índole inflamatorias, congénitas o clasificables como podrían ser el pseudotumor pulmonar o incluso infartos pulmonares. La poliangitis granulomatosa es un tipo de vasculitis con afectación de vía aérea superior, inferior y renal, la incidencia anual esta entre 0,5 y 8,5 casos por millón de habitantes adultos, el tratamiento se basa principalmente en citotóxicos y corticoides, con dicho tratamiento la perspectiva del paciente es buena. Presentamos este caso ante lo atípico del diagnóstico clínico y radiológico inicial en comparación con el diagnóstico anatomopatológico final concluyendo que las apariencias engañan.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1220

¿SEGURO QUE SOLO ES UNA GASTROENTERITIS?

M Gregorio Alonso, Y Aranda García, R Penedo Alonso,
MJ Estévez Rueda, L Mihaita Román

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor-trombosis mesentérica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 35 años, acude por segunda vez, al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico, vómitos y deposiciones diarreicas sin productos patológicos, y fiebre de hasta 39°C de dos semanas de evolución. Diagnosticada inicialmente por su médico de primaria de infección urinaria, recibió una dosis única de 3gr de Fosfomicina. En su primera visita a urgencias, tras una semana de inicio del cuadro, la paciente se mantiene afebril, normotensa, algo taquicárdica y con una exploración física sin datos a destacar. Se le realiza una analítica, destaca leve leucocitosis (13.900), resto normal. Al presentar buena evolución es dada de alta es dada de alta con diagnóstico de gastroenteritis aguda. Se le pautan antieméticos, y antiipiréticos. Pasados 5 días la paciente acude de nuevo, por persistencia de fiebre y dolor abdominal, mareo y tendencia a la hipotensión. ANTECEDENTES PERSONALES Obesidad. No intervenciones quirúrgicas. No alergias medicamentosas Tratamiento habitual: anticonceptivos orales. EXPLORACIÓN FÍSICA TA 112/60 FC 155lpm SAT 96% T°: 38.6°C Consciente y orientada. Regular estado general. Sequedad de mucosas. AC: rítmico, no se auscultan soplos AP: MVC sin ruidos sobreañadidos ABD: globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo, sin claros signos de irritación peritoneal, con PPRI positiva, ruidos presentes, no presenta masas ni megalias. EEII: no edemas, no signos de TVP, pulsos distales presentes y simétricos PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ANALÍTICA: Hemograma: Hb 11.9, Leu 24900 Pla 285.000 BQ: Glu 105, Crea 1.2, Na+ 127, K+: 3.6, CPK 431 perfil hepático normal, LDH 696. PCR 317, PCT 1.57. Orina: leucocitos aislados. Moderada bacteriuria. Dentro de los posibles diagnósticos estarían: pielonefritis aguda, diverticulitis aguda, colitis inflamatoria. Ante persistencia de dolor abdominal y empeoramiento del estado general, se solicita prueba de imagen. Se le realiza TAC abdomino-pélvico: Trombosis de vena mesentérica superior con isquemia de intestino delgado. La paciente es valorada por Cirugía General y se decide intervención quirúrgica urgente con resección de 1 metro de intestino medio con anastomosis primaria.

CONCLUSIONES:

La trombosis de vena mesentérica es una entidad de baja frecuencia. En aproximadamente 80% de los casos, suele estar asociado a estados de hipercoagulabilidad. Esta paciente tiene un Factor V de Leyden y de un déficit de proteína C y S, y tratamiento con anticonceptivos orales.

P-1223

DE LA DISFAGIA AL QUIRÓFANO... HAY UN PASO

R Parada López, B García Marina, J Cañizo Cantó,
JA Penedo Arrugueta (1), L Cano Alcalde (1), C Hidalgo Collazos (1),
C Bibiano Guillén (1)

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: trastornos de deglución-mediastinitis-perforación del esófago

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 46 años, oligofrénico, con factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM2), que acude a urgencias por odinofagia y disfagia progresiva a sólidos y líquidos de 48 horas de evolución, tras la ingesta, sin sensación de cuerpo extraño. Niega fiebre. A la exploración está estable hemodinámicamente, TA 130/70 FC 100 SatO2 98%, afebril, presenta dolor a la palpación en región cervical anterior, no se palpan adenopatías. Leucocitos 21.80 10E3/mcL (N 87%), Glucosa 401 mg/dl, creatinina 1.34 mg/dl, lactato 3.06 mmol/L. PCR 142.6 mg/L, pH 7.34, HCO3 18.4 mmol/L, pCO2 35 mmHg. Cetonemia 2.8. Radiografía columna cervical: se visualiza cuerpo extraño a la altura de C6 sugerente de concha de molusco de unos 2 cm. Se realiza gastroscopia urgente en la que se visualiza cuerpo extraño esofágico impactado. Extracción endoscópica sin complicaciones. Al cabo de 24 horas comienza con más odinofagia y dolor torácico de características pleuríticas, sin disnea. TA 154/82 FC 106 T° 37.5 Exploración física anodina. Leucocitos 17.76 10E3/mcL (N 87.8%), Glucosa 144 mg/dl, creatinina 0.81 mg/dl, lactato 1.82 mmol/L. PCR 302.8 mg/L, pH 7.32, HCO3 10.8 mmol/L, pCO2 21 mmHg. Se solicita Rx de tórax que es normal. Tras extracción de hemocultivosx2 se inicia cobertura antibiótica empírica con amoxicilina-clavulánico 2 gr iv. Dada la ausencia de mejoría y la aparición posterior de disfonía, sialorrea y feto pútrido con edema de cuello, sin crepitación, se solicita TAC cervicotorácico urgente donde se objetiva mediastinitis aguda secundaria a perforación esofágica. El paciente es sometido a esofagostomía y toracotomía urgente. Tras la intervención se mantiene hemodinámicamente estable. Se inicia cobertura antibiótica empírica con linezolid, fluconazol y meropenem.

CONCLUSIONES:

La perforación esofágica, normalmente iatrogénica, es la segunda causa de mediastinitis aguda, vehiculizada por flora orofaríngea común, con una mortalidad del 20 al 60%, dependiendo del momento del diagnóstico, siendo clave el diagnóstico precoz, la instauración temprana de antibióticos de amplio espectro ante la sospecha clínica y un tratamiento quirúrgico sin demoras.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1224

ENDOCARDITIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO
EN URGENCIAS

S Sánchez Martínez, JF Rodríguez Fernández, E Pérez García,
M Sánchez Moreno, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: fiebre-inmunodeprimido-émbolos sépticos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: La fiebre es una consulta frecuente en urgencias de adultos (5%), siendo originada la mayoría de las veces (90%) por procesos autolimitados, banales y de origen viral sin representar una urgencia médica. A esto se le suma el amplio diagnóstico diferencial, que engloba no solo causas infecciosas y las características especiales de algunos pacientes. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Antecedentes: ?Personales: intolerancia a metronidazol, fumador, glaucoma, enfermedad de Crohn en tratamiento con adalimumab. Enfermedad actual y exploración: paciente de 45 años que acude a urgencias el día 22/07/16 por episodio febril de 6 días de evolución junto con varias deposiciones diarreicas y molestias abdominales, que cedieron con ciprofloxacino. Posteriormente de nuevo comienza con fiebre y molestias en hipocondrio izquierdo por lo que consulta. Exploración: buen estado general, estable hemodinámicamente, Temperatura 38,4°C, abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, resto sin hallazgos. Pruebas complementarias: 1. Analítica: bioquímica completa normal, hemograma donde destaca 12140 leucocitos con neutrofilia. 2. Radiografía tórax y abdomen normal. Ecografía abdominal normal. 4. Extracción de hemocultivos diferenciales. Como el paciente continua con fiebre se consensua dejar en observación, iniciar amoxi-clavulanico y nuevos controles. Evolución: desfavorable, continuando con fiebre, elevación de leucocitos y PCR, así como aparición de cuadro petequial generalizado y otras lesiones violáceas, palpables, dolorosas a la palpación en palmas y plantas. Ante esto se cambia antibioterapia a ceftriaxona y se solicita TAC abdomen, destacando lesiones hepáticas y en bazo indeterminadas y una imagen sugestiva de infarto renal. Se contacta con microbiología que informa del crecimiento de estreptococo piogenes del grupo A. Dada la presencia de criterios de Duke para endocarditis se inicia antibioterapia empírica, ingresando posteriormente en planta, llegando al diagnóstico de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa aortica, con múltiples fenómenos embólicos (nódulos Osler, en bazo, riñón y parcheado en sistema nervioso central) con buena respuesta a tratamiento con ceftriaxona y gentamicina.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las endocarditis ingresarán a través de Urgencias por lo que habrá que tener un alto índice de sospecha para no infradiagnosticarlas.

P-1226

CHANCRO SIFILÍTICO EN AMÍGDALA

C Quispe Martínez, V Tomé Reollo, M Marañón Pérez,
J Mercado Molina, M Yus López, C Bermúdez Hernández,
L del Valle Monje

Fundacion Jiménez Díaz. Madrid

PALABRAS CLAVE: chancro-sífilis-amígdala

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 30 años que acude al Servicio de Urgencias por odinofagia de 3 días de evolución con otalgia asociada. Niega fiebre, disnea, disfonía o sensación de cuerpo extraño. Antecedente: Amigdalectomizado en la infancia. HSH con pareja estable actualmente. No tratamientos activos. **EXPLORACION FISICA:** Orofaringe: Amigdalectomizado, engrosamiento del tercio medio de pilar amigdalino posterior izquierdo con úlcera de 1-2 cm cubierta de fibrina. No se aprecian otras lesiones en orofaringe. Otoscopia normal. No se palpan adenopatías. En SU se deriva para estudio preferente a las Consultas Externas de ORL donde después de realizar ciclo corto de tratamiento con AINES ante la persistencia de la lesión se toma biopsia. **DIAGNÓSTICO:** úlcera amigdalina, e hiperplasia linfóide reactiva secundaria a infección por Treponemas, compatible con chancro sifilítico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** - Amigdalitis aguda (cualquier faringoamigdalitis específica o manifestación faríngea de enfermedades sistémicas como tuberculosis o leishmaniasis) - Micosis oral - Aftas orales - Leucoplasia oral - Linfomas y neoplasias faríngeas en general.

CONCLUSIONES:

La sífilis primaria o temprana se manifiesta por el llamado chancro, que normalmente aparece en genitales ya sean femeninos o masculinos en el punto de inoculación. En nuestro caso la presentación inicial no fue esta: como hemos encontrado en la bibliografía los chancros pueden aparecer también en región perianal, mucosa oral, lengua, y orofaringe (amígdalas). Puede comenzar como una pápula única o múltiple de 0.5-2 cm, de base indurada e indolora que se puede evolucionar a una úlcera bien delimitada con fondo limpio. La lesión primaria se puede acompañar de algunas adenopatías regionales no dolorosas. El chancro desaparece espontáneamente en un lapso de 3 a 6 semanas sin dejar cicatriz, excepto en formas atípicas que pueden parecerse a las lesiones de herpes simple. Pueden aparecer también úlceras amigdalares no demasiado profundas pero induradas (presentan odinofagia previa a la aparición de la sífilis secundaria un 15-30% de los casos). Tras el diagnóstico, nuestro paciente recibió tratamiento con Penicilina G Benzatinica 2,4 millones im, remitiendo completamente la lesión. Se ha realizado seguimiento por parte de ORL y Medicina I. Infecciosas de nuestro centro sin nuevas incidencias.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1227

A PROPÓSITO DE UN CASO: EMBOLISMOS SÉPTICOS
SECUNDARIOS A ENDOCARDITIS OCULTA

E Pérez García, P Baena Palomino, S Sánchez Martín,
JF Rodríguez Fernández, M Sánchez Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: embolo séptico-endocarditis-ictus embolígeno

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

PACIENTE: Varón de 68 años con antecedentes de HTA, diabetes, dislipemia y claudicación intermitente cuyo tratamiento es bisoprolol, simvastatina, metformina, lansoprazol y pentoxifilina. Acude al servicio de Urgencias por presentar de forma brusca, tras levantarse por la mañana asintomático, pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo. Tras varias horas de evolución asocia trastorno en la articulación del lenguaje y desviación de la comisura bucal. En los días previos cuadro de decaimiento y fiebre (máximo termometrado 38°C). EXPLORACIÓN: hemodinámicamente estable (PA 163/69 mmHg y FC 80 latidos/min). Auscultación cardiorespiratoria: sin hallazgos. No soplos carotídeos. Neurológicamente vigil, orientado, disartria leve, nomina y repite sin dificultad. Pupilas isocóricas y normorreactivas, sin defectos en campimetría. Parálisis facial supranuclear izquierda. No se aprecia dismetría. Puntuación de 3 en escala NIHSS. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Electrocardiograma: ritmo sinusal a 78 latidos/min sin alteraciones de la repolarización. Análítica: creatinina 1,78 mg/dl (previa normal), urea 56 mg/dl, fibrinógeno 6,6 g/L. Resto normal. TAC craneal: isquémica de evolución subaguda en corona radiada y centrosemioval derecho. Evolución: Durante su hospitalización presentó episodios febriles continuados y expectoración mucopurulenta, se realizó frotis nasal: positivo para Influenza A y radiografía de tórax: neumonía basal derecha, antigenuria para neumococo: positiva, y se inició tratamiento. A pesar de antibioterapia dirigida y correcta resolución clínica y radiológica del cuadro, el paciente continuó con episodios febriles y empeoramiento progresivo de la clínica neurológica y nuevo cuadro de dificultad respiratoria y desaturación. Se solicita TAC y AngioTAC de cráneo: empeoramiento radiológico del ictus previo, afectando al territorio profundo de arteria cerebral media derecha, con datos sugestivos de oclusión embólica de la misma. Holter de 24 horas: extrasístoles ventriculares aisladas, sin rachas de fibrilación auricular o trazado arritmico. Ecocardiografía: imagen nodular de 10x6 mm en la unión sinotubular aórtica, que podría corresponder a un trombo o vegetación infectada. Angio-TAC de tórax: múltiples nódulos cavitados, compatibles con embolismos pulmonares. Doppler con microburbujas: comunicación izquierda-derecha por foramen oval permeable. JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Austrian. Actualmente continua ingresado en estado grave.

CONCLUSIONES:

Ante un proceso embolígeno asociado a un cuadro infeccioso debemos descartar siempre una endocarditis debido a que el retraso en su tratamiento puede a ser fatal.

P-1228

TUMOR DE POTT: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE
DE LA SINUSITIS AGUDA

K García Lombardía, B Motriko Gómez, A Zabala Acerecho,
K Lamiquiz Ramila, A Sánchez Alonso, M Sánchez Fernández

Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya

PALABRAS CLAVE: Pott-sinusitis-absceso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 14 años, sin antecedentes de interés y con vacunación completa, que acude a urgencias por aparición de bultoma doloroso en región frontal de 24h de evolución, con extensión progresiva a región palpebral de ojo derecho. Refiere cuadro catarral incipiente con fiebre de hasta 39° en las últimas 48h. A la exploración física, aceptable estado general, febril. Presenta bultoma doloroso a la palpación y mal definido en región frontal media que se extiende hasta región palpebral superior de ojo derecho. Apertura ocular no dolorosa pero incompleta. Movimientos oculares externos conservados y pupilas isocóricas y normorreactivas. No déficits motores ni rigidez nuchal. En analítica destacan 14.700 leucocitos, 80% neutrófilos, PCR 163, PCT 0,29. Se realiza TAC cerebral donde se objetiva sinusitis frontoetmoido-maxilar derecha complicada con absceso subperióstico pericraneal frontal, cellulitis perinasal y periorbitaria preseptal derecha y pequeño absceso epidural frontal. Se inicia antibioterapia y corticoterapia intravenosa y se contacta con Neurocirugía e UCI pediátrica para realizar traslado a dicho centro. Se opta por tratamiento médico intensivo con antibioterapia (Cefotaxima, Metronidazol y Vancomicina), corticoides intravenosos y anticomicial profiláctico con mejoría clínica. Presenta hemocultivos positivos para streptococcus intermedius sensible a penicilina y frotis nasal negativo para Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina. Tras 15 días de hospitalización se continua antibioterapia con Ceftriaxona en bomba de infusión ambulatoria en hospitalización a domicilio hasta cumplir 8 semanas de tratamiento, presentando evolución favorable.

CONCLUSIONES:

El tumor de Pott es una complicación infrecuente de la sinusitis frontal, que se caracteriza por tumefacción y edema en la frente, secundario a absceso subperióstico en el hueso frontal. Puede presentar complicaciones locales por extensión como celulitis periorbitaria e infección intracraneal, con riesgo de meningitis, absceso intracraneal y trombosis del seno venoso. En la era antibiótica es una entidad rara, pudiendo aparecer en adolescentes y en consecuencia a la extensión de sinusitis aguda, o bien secundaria a traumatismos craneales, neurocirugía y algún caso aislado tras consumo intranasal de cocaína y metanfetamina. El diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico temprano es crucial para evitar complicaciones y conseguir la recuperación de estos paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1229

MASA EN FLANCO DERECHO DE CAUSA POCO HABITUAL

L Díaz Vidal, A Braña Cardeñosa, Y Aranda García,
M Sánchez Pérez, MJ Estévez Rueda, R Penedo Alonso

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: masa-pielonefritis-xantogranulomatosa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 66 años que consulta por la aparición de un bultoma de 10 cm, en la última semana con fiebre de 39 grados. Resto de la anamnesis por aparatos anodina. E. FÍSICA. ta155/70. Afebril. eupnéica. Destaca bultoma redondeado y doloroso en fosa lumbal derecha, mal definido en profundidad sin signos inflamatorios cutáneos. Resto anodino. En la analítica destacan leucocitosis de 14.400, anemia normocítica de 11,9 y elevación de PCR (312) y fibrinógeno. Se solicitó eco de partes blandas que se completó con TAC: Gran colección (5,7 x 5,3 x 6,2) dependiente de grupo calicial medio donde se aprecia litiasis, con ruptura del fórnix posterior. Posteriormente presenta extensión extrarrenal comunicando a través de un espacio perirrenal con un componente de mayor tamaño que se extiende en el espacio pararrenal posterior derecho y en la pared abdominal ipsilateral, con afectación de la musculatura de la misma. Resto del estudio normal.

CONCLUSIONES:

La enferma fue tratada de forma inicialmente empírica y posteriormente intervenida con nefrectomía simple previo drenaje percutáneo de la colección, con resultado satisfactorio.

P-1230

TUBERCULOSIS MILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Miranda García, M Cobos Briz, J Ramírez Martín,
J García Martín, AJ Segura Fornieles, E Reino Romero,
A Martakoush María

Hospital Universitario HM Puerta del Sur. Madrid

PALABRAS CLAVE: tuberculosis pulmonar-disnea-fiebre

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 29 años, natural de Colombia, que lleva en España tres meses. Acude a urgencias por cuadro de pérdida de peso, malestar general y mareo. En la exploración física se objetiva tensión arterial de 106/83 mmHg, frecuencia cardíaca de 77 latidos por minuto y saturación de oxígeno del 99%. Palidez cutáneo-mucosa. Adenopatía cervical izquierda de 3 centímetros de diámetro, no dolorosa a la palpación y adherida a planos profundos. En la auscultación cardíaca presenta soplo pansistólico y en la pulmonar se objetivan crepitantes en ambas bases. En la exploración abdominal se objetiva hepatomegalia de 2 traveses de dedo y esplenomegalia. En la radiografía de tórax se ve un infiltrado miliar bilateral. En analítica destacan pancitopenia (hemoglobina de 9,7 g/dL, 1160 leucocitos con linfopenia y 29.000 plaquetas), proteína C reactiva de 154 mg/L, citolisis (GOT 295 U/L y GPT 120 U/L y coagulopatía (INR 2,76). Se solicita Ziehl-Neelsen, VIH y serología de Lues, cuyos resultados son positivos. Se instaura tratamiento tuberculostático. El paciente presenta una crisis comicial y desaturación (saturación de oxígeno del 80% a pesar de reservorio) por broncoaspiración secundaria a dicha crisis. Se realiza TAC craneal en el que no se objetivan alteraciones reseñables. Precisa ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se procede a intubación y ventilación mecánica. En analítica de control tiene hiperlactacidemia (4,3 mmol/L), mayor anemia (hemoglobina de 5,4 g/dL) coagulopatía grave y trombopenia severa. Se administran 2 viales de octaplex y se transfunden de 2 concentrados de hematíes, 3 de plasma fresco congelado y 2 pools de plaquetas. El paciente evoluciona favorablemente.

CONCLUSIONES:

La tuberculosis miliar es una de las presentaciones más graves de la tuberculosis. En la radiografía de tórax el patrón miliar no está presente en todos los casos y su aparición puede tardar una o dos semanas tras el inicio de la sintomatología. Hay que establecer el diagnóstico diferencial con micosis, neumonitis por hipersensibilidad, neumocinosis, linfagitis carcinomatosa, sarcoidosis o linfoma de Hodgkin. Es muy importante hacer el diagnóstico de forma precoz, dado que la mortalidad oscila entre el 18 y el 24%, debido en parte a una demora en el diagnóstico y por lo tanto, en el tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1231

¡MUCHO SUDAR Y POCO VIAJAR!

M Nevado Villafruela, L García González, C Zurdo Díaz,
A Sanchís Osuna, S Vinat Prado, E Paniagua Gutiérrez

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

PALABRAS CLAVE: fiebre-amebiasis-absceso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años, hipertenso en tratamiento con Enalapril, que trabaja como árbitro. Acude a Urgencias porque desde hace doce días mialgias y artralgias y fiebre de 39°C con diaforesis, astenia e hiporexia. No pérdida de peso ni otra sintomatología. No picaduras. No viajes al extranjero. No animales domésticos. Vive en Madrid. No hallazgos a la exploración. Pruebas complementarias en urgencias: Leucocitos 18.69 10E3/mcL. Neutrófilos 15.3 10E3/mcL. PCR 320.5 mg/L Test de Mononucleosis Negativo Antígeno Legionella en orina: Negativo. Antígeno Neumococo en orina: Negativo RX Tórax: No consolidación Ingresa en medicina interna y se pauta antibioterapia empírica con amoxicilina clavulanico. Se obtienen serologías negativas VHC,VHB y VIH. Citomegalovirus, Ac IgG POSITIVO .Epstein Barr, IgG POSITIVO. Legionella y Coxiella negativos.TC ABDOMINO-PÉLVICO:colección multiloculada de 9x7 cm en hígado. Se pauta ceftraixona iv y metronidazol iv y drenaje del absceso: obteniendo material hemático con tractos purulentos. Cultivos del material obtenido negativos, así como los hemocultivos. Cirugía retira drenaje. Al alta METRONIDAZOL y CEFUROXIMA con cita para resultado de serología de ameba, chlamydia y mycoplasma En consulta serología positiva para ameba hystolitica. Diagnósticos: absceso hepático multiloculado por ameba hystolitica resuelto; infección pasada CMV.

CONCLUSIONES:

La amebiasis importadas son muy poco frecuentes en nuestro medio pese al aumento de flujo de viajeros (estancias en ultramar más breves,medidas higiene dietéticas estrictas en viajeros?) Actualmente puede constatar la practica desaparición de la amebiasis autóctona por dichos motivos,que afectaba a personas que no habían viajado nunca a zonas endémicas,pero que habían entrado en contacto con sujetos infectados. La amebiasis hepática es menos frecuente que la amebiasis intestinal aguda. Típicamente se manifiesta por dolor en hipocondrio derecho y fiebre elevada. Hepatomegalia y con poca frecuencia ictericia. Puede evolucionar con rotura del absceso en peritoneo,pleura,bronquios o incluso pericardio con peligro para la vida del paciente. Son muy poco frecuentes las formas atípicas con síntomas atenuados como fiebre aislada y prolongada por lo que es importante a la vez que difícil pensar en ella a la hora de realizar el diagnóstico diferencial entre las diferentes patologías.

P-1232

CUIDADO CON LA OTITIS

P Valdres Carroquino, MM Jiménez Casado, A Moreno Juste,
J Navarro Calzada, ME Navarro Aguilar, B Sierra Bergua, FJ Ruiz Ruiz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: otitis-media-absceso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

La otitis media es una patología frecuente, generalmente banal y de fácil tratamiento, pero debemos asegurar el diagnóstico de pacientes con enfermedades agudas del oído medio, pues los signos clínicos pueden infravalorarse, y complicarse si no se tratan adecuadamente. Presentamos un caso clínico de un paciente diagnosticado tardíamente y que evolucionó hacia un absceso cerebral. Varón 41 años, inmigrante subsahariano, que consultó por cuadro de 6 días de evolución de fiebre, cefalea, otalgia dcha.,nauseas y vómitos desde 2 días antes. Otorrea desde el día previo. Inicialmente valorado por su médico lo orientó como otitis externa e inició tratamiento con Ciprofloxacino e Ibuprofeno. Dada la escasa mejoría acude al Hospital. En nuestro servicio se evidenció signo trago +, CAE permeable, otorrea dcha. que se aspiró sin lograr visualizar el tímpano, por dolor. Se ratificó el diagnóstico de Otitis Externa recomendando complementar el tratamiento con Ab. tópico y control ambulatorio. Al día siguiente el paciente acudió de nuevo al hospital por presentar bruscamente focalidad neurológica con parestesias, hipoestesia y pérdida de fuerza en la EII. junto con cefalea periorbitaria y retroauricular dcha. La otoscopia mostraba abundante serosidad en ambos oídos medios, objetivando el tímpano sin signos de perforación. El TAC craneal mostraba hallazgos compatibles con otitis media y mastoiditis. El paciente fue ingresado. Se inició tratamiento Ab. iv (Cefotaxima y Metronidazol) y antiinflamatorio. En la RMN se evidenció un absceso temporal dcho y empiema subdural parasagital dcho. Durante su ingreso el paciente presentó una crisis comicial que precisó tratamiento . El ingreso duró 10 días y, finalmente, la evolución fue satisfactoria, controlando las crisis epilépticas y mejorando la clínica neurológica. Al alta, siguió controles ambulatorios. Última RMN de control no mostraba hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES:

La otitis media puede confundirse con una otitis externa, no tratándose correctamente el cuadro. A veces, si el tratamiento se inicia tardíamente, una otitis media puede complicarse como es el caso del absceso cerebral, pudiendo dejar graves secuelas. No debemos infravalorar los síntomas, afianzar el diagnóstico visualizando tímpano e iniciar tratamiento antibiótico de manera precoz haciendo, en la medida de lo posible, un seguimiento para detectar precozmente posibles complicaciones.



CASOS CLÍNICOS

P-1233

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS, ENTIDAD POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTA

J Olsen Triulzi, G Fermín Gamero, B Rodríguez Fisac,
E Alfaro Belenguer, C Rodríguez Ocejo, C Revol Musso,
E Puerto Lara

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-parasitism-intestinal disease

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 31 años remitido a urgencias por dolor abdominal agudo y vómitos asociado a agitación psicomotriz. Niega ingesta de alcohol u otros tóxicos. Afebril en todo momento. No diarreas, rectorragias ni melenas. No clínica respiratoria ni miccional. Familiares explican episodios previos similares en los últimos 6 meses, todos valorados y estudiados en urgencias sin diagnóstico etiológico. No ambiente epidémico familiar. A la exploración: afebril y hemodinamicamente estable, agitado por dolor, con abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa, RHA presentes, no se palpan masas ni megalias ni empastamientos, PPL (-) bilateral. Se requieren morfínicos para control del dolor. Resultados iniciales ECG: ritmo sinusal a 75lpm, eje cardíaco a +60°, PR < 200 ms constante, QRS < 120ms de morfología correcta, no alteraciones agudas de la repolarización. GSA (aa): pH 7.54 mmHg, pCO₂ 26mmHg, pO₂ 87mmHg, HCO₃- 25.8mEq/l, láctico 1.87mmol/l, Na 135, K 3.1, Cl 104, Ca 4.75, glucosa 151 Analítica: no leucocitosis. Hemograma, coagulación, función renal, iones, perfil hepático y amilasa sin alteraciones reseñables Etanol: negativo Sed.urinario: sin alteraciones Tóxicos en orina: negativos Rx tórax (AP & L): no condensaciones, no derrame pleural, no neumotórax, ICT conservado. Ante resultados de pruebas complementarias iniciales anodinos y clínica de dolor abdominal agudo intenso y persistente (con antecedentes recientes de episodios similares), se decide cursar porfobilinógenos en orina urgente para despistaje de crisis de porfiria y TAC abdominal. Resultados TAC abdomino-pélvico con contraste & Ecografía abdominal completo (incluye renal): hallazgos sugestivos de enteritis secundaria a infestación intestinal por parásitos. A descartar *Ascaris lumbricoides*. Tras valorar resultados de imágenes con equipo de radiología se orienta el cuadro como una enteritis secundaria a infestación intestinal por parásitos (a descartar *Ascaris lumbricoides*). Se toman muestras de heces para microbiología. Se inicia tratamiento empírico con Mebendazol 100 mg cada 12 horas durante 3 días. Se suspende cribaje de porfobilinógenos. Coprocultivos (diferido): positivos para áscaris lumbricoides.

CONCLUSIONES:

El dolor abdominal es motivo de consulta muy frecuente en urgencias. En cuanto a la etiología infecciosa de tipo infestación, la ascariasis es la más frecuente en países desarrollados. El ultrasonido es una técnica diagnóstica segura y no invasiva.

P-1234

ÉMBOLOS SÉPTICOS PULMONARES POR PICC (O URGENCIAS TAMBIÉN RESUELVE YATROGENIA)

M Sánchez Pérez, Y Aranda García, L Díaz Vidal, R Penedo Alonso,
MJ Estévez Rueda, LM Román, M Najarro de la Parra

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: embolia séptica-PICC (catéter central de inserción periférica)-yatrogenia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 31 años. Fumador. Exbebedor. SAOS. Hepatitis infantil. Pancreatitis (2015). Altado del Servicio de Cirugía General hace 72 horas por pancreatitis aguda necrótica severa. Acude hoy a urgencias por epigastralgia intensa progresiva desde el alta y fiebre de hasta 39°C, vómitos y diarrea. En la exploración física presenta TA 123/55 mmHg, FC 120 lpm, FR 38 rpm, SatO₂ 95%, T 36,5°C. C, O. Deshidratación mucosa, bien N, P. REG. Colaborador. ACP: Rítmico sin soplos, 120 lpm. Hipoventilación generalizada. ABD: Defensa voluntaria, dolor a la palpación superficial de forma generalizada. No claros signos de IP. EE: PP+. No edemas. MSI: Acceso de PICC con placa eritematosa, caliente, en cara interna del brazo. En analítica: -BQ: PCR 455, PCT 1,16, Cr 2,16, TFG 35,38, urea 104, LDH 291, GGT 215, FA 185, amilasa 43, lipasa 28. -HG: LC 24400 (N 84%). En rx tórax: Infiltrado basal derecho. Evolución. Empeoramiento progresivo: aumento del dolor abdominal, deterioro, hipotensión, taquicardia, pese a fluidoterapia intensiva, piperacilina/tazobactán iv. y analgesia tercer escalón. Se solicita TAC toracoabdominopélvico urgente donde se objetivan infiltrados nodulares bilaterales periféricos compatibles con embolismos sépticos, no se aprecian nuevas colecciones abdominales. Dado que el paciente presenta celulitis del MSI y sepsis grave con neumonía bilateral de probable etiología embólica séptica, se interconsulta con Cirugía Vascular quien realiza ecodoppler del MSI y diagnostica trombo en vena basilica en relación con cuerpo extraño alojado en interior de vena basilica compatible con catéter PICC previo. Se añade daptomicina iv y se prosigue con fluidoterapia intensiva pese a lo cual el paciente continúa inestable hemodinamicamente, se suma al cuadro disnea y desaturación, ingresando en UCI. Juicio clínico. 1) Tromboflebitis secundaria a PICC previo con émbolos sépticos pulmonares y shock séptico secundarios. 2) Pancreatitis parcialmente resuelta 3) Insuficiencia respiratoria parcial.

CONCLUSIONES:

Un cuadro agudo de gravedad extrema con una patología previa (pancreatitis) que lo justifica no excluye otras etiologías concurrentes, sobre todo si el paciente evoluciona mal de forma aguda. Nos obliga a ser exhaustivos y rápidos en el diagnóstico diferencial (trombosis por catéter PICC no retirado y émbolos sépticos secundarios).



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1237

¿MI FIEBRE Y MI DISNEA PUEDEN SER UN TEP, DOCTORA?

**M Bernad Barcos (1) M Gómez Martínez (1), I Garmendia Rufo (1),
MG Díaz Sánchez (2), E Uribe-Echeverría Martínez (1)**

(1) OSI Bidasoa. (2) Hospital Universitario de Donostia. Gipuzkoa

PALABRAS CLAVE: fiebre-disnea-trombosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: Cardiopatía isquémica. ACFA. HTA. DM. Exfumador. Claudicación intermitente. Neo vesical. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Varón de 79 años que acude por disnea, astenia y fiebre de 3 semanas de evolución a pesar de tto antibiótico. Reciente ingreso en urología para RTU (para descartar recidiva de neo vesical) e infección nosocomial por gripe A. **EXPLORACION GENERAL:** TA 159/76, FC 110, T° 37.2°, SATO2 82%, FR 26 REG. Taquipneico en reposo. BHYP. AC: arritmica. AP: crepitantes bibasales. ABD: anodino sin soplos. EEII: sin signos de TVP. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** ECG: ACFA a 110lpm. **ANALÍTICA:** Gasometría venosa: PH 7.46, pCO2 28. BQ: procalcitonina 0.55, función renal normal. HG: Hb 9.9, hto 29.5, plaq 417, leuc 16.8, neutr 89%. CG: INR 13.56. Dimero D 16760. **RX TORAX:** velamiento pulmón izdo. Ante la sospecha de TEP se solicita AngioTAC. **ANGIOTAC:** dudoso pequeño trombo en arteria subsegmentario de LSD. Condensaciones y vidrio deslustrado en pulmón izdo. Condensaciones parcheadas en LSD y LID. Derrame pleural izdo. Adenopatías mediastínicas, paratraqueales, prevasculares y en ventana aortopulmonar de tamaño patológico. **TRATAMIENTO RECIBIDO:** Konakion 10mg iv, levofloxacino, digoxina, oxígeno, paracetamol. **DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS:** NEUMONIA BILATERAL FINE IV, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA LEVE, EXCESO DE ANTICOAGULACIÓN. Evolución: El paciente fue ingresado en MI. A las 4h del ingreso comienza con desaturación de oxígeno, con malestar vagal sin hipotensión y dolor inicialmente torácico sin cambios en el ECG y cede con SLN sl. Persiste malestar e impresiona de gravedad, después localizándose el dolor en zona periumbilical hacia flanco izdo. Se repite analítica con elevación de troponina. ECOcardio normal. Se solicita TAC ABD: trombo o pequeña disección en porción inicial de la arteria mesentérica superior. Isquemia en segmento de unos 2.5cm de longitud de yeyuno. El paciente fue trasladado a Hospital terciario para valoración y tratamiento por radiología intervencionista. Se le recanalizó la arteria mesentérica superior con colocación de stent. Tras buena evolución inicial el paciente presenta empeoramiento de su estado con disminución del nivel de conciencia y fallo multiorgánico, falleciendo.

CONCLUSIONES:

Debemos tener presente que los pacientes oncológicos presentan mayor riesgo tromboembólico por su hipercoagulabilidad incluso estando anticoagulados. Nuestro paciente a pesar de estar con exceso inicial de anticoagulación presentó una grave complicación tromboembólica difícil de valorar como diagnóstico diferencial.

P-1241

MAL DE POTT EN URGENCIAS

**B Rodríguez Rodríguez, J del Cañizo Caanto, C Carrasco Vidoz,
C Gimeno Galindo, M Mir Montero, C Hidalgo Collazos,
C Bibiano Guillén**

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor de la región lumbar-tuberculosis osteoarticular-tomografía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 23 años, llegado a España hace 2 meses de Senegal. Acude por segunda vez a urgencias por dolor en miembro inferior derecho y malestar general. Anamnesis complicada porque el paciente habla francés y está muy asustado. Visto una semana antes en el Servicio de Urgencias, refería dolor lumbar irradiado a pierna derecha. Destacaba PCR de 90 y hematuria. Se diagnosticó de lumbociática y cólicorenoureteral pautándose cefixima y paracetamol. Acude por segunda vez refiriendo sensación distérmica, malestar y dolor en pierna derecha. En esta ocasión no refería dolor lumbar. En la exploración física salvo el mal aspecto del paciente y el dolor en la cara externa de pierna derecha, no destacaba nada. En la analítica incrementa hasta 108 la PCR y persiste la hematuria. Se hace una radiografía de tórax que es normal y se solicita una ecografía de abdomen para descartar posibles complicaciones intraabdominales que pudiesen estar comprimiendo alguna estructura y ocasionaran el dolor irradiado a pierna. En la ecografía se identifica en FID un absceso en evolución de 10x10 centímetros, por lo que se completa el estudio con un TAC abdominopélvico. En éste se observa hepatomegalia, una lesión lítica extensa del cuerpo vertebral de L4 con extensas colecciones o conglomerados adenopáticos necróticos perivertebrales, sugieren proceso tuberculoso como primera opción. La colección de mayor tamaño localizada en FID era accesible para punción percutánea guiada por TC por lo que se realiza obteniendo un material purulento caseoso. Se realiza una tinción de Ziehl Nielsen que es negativa pero aun así dada la alta sospecha se inicia tratamiento antituberculoso (HRZE). Posteriormente en el cultivo se consigue aislar *Micobacterium tuberculosis* diagnosticándose finalmente de tuberculosis vertebral o mal de Pott.

CONCLUSIONES:

Es importante remarcar la importancia de una buena anamnesis en la atención médica si bien en ocasiones se ve limitada por diversos factores tales como la barrera idiomática o el estado del paciente. En este caso fueron las pruebas complementarias las que llevaron al diagnóstico final si bien no menos importante fue la sospecha clínica que las indicó.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1242

BLOQUEOS DE RAMA DERECHA E IZQUIERDA ALTERNANTES
COMO PRESENTACIÓN DE UNA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

C Ramió Lluch, L Ferrer Caballé, G Brugué Fontàs, M Núñez Torras,
P Fluvià Brugués, E Matas Castelló, N Fuertes Izquierdo

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

PALABRAS CLAVE: endocarditis infecciosa-alteraciones electrocardiográficas-sintomatología

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 51 años, fumador, sin antecedentes patológicos conocidos, acude a urgencias por episodios de mareo, de una semana de evolución, inicialmente de segundos de duración, pero que en las últimas horas se ha repetido en tres ocasiones, durando media hora. Además refiere sensación de calor en ambas orejas irradiada hacia el cuello. 15 días antes había presentado odontalgia secundaria a caries dental, y con ello sensación distérmica nocturna sin fiebre, con leves artralgias y mialgias generalizadas. Se practica ECG en triage donde se observa bloqueo auriculoventricular completo y bloqueo completo de rama derecha que alterna con taquicardia sinusal y bloqueo completo de rama izquierda. El paciente niega dolor torácico y disnea. La exploración física muestra tonos cardíacos arrítmicos, soplo sistólico aórtico e ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular marcados. El análisis sanguíneo muestra leve anemia, leucocitosis y elevación de la troponina T ultrasensible. Se solicita valoración por cardiología, quien practica ecocardiografía transtorácica, observándose insuficiencia aórtica severa e imagen compatible de absceso perianular aórtico. La orientación diagnóstica es de endocarditis infecciosa. Se obtienen hemocultivos y recibe tratamiento antibiótico específico. El paciente ingresa en la unidad coronaria donde se coloca electrocatéter femoral derecho, dadas las alteraciones electrocardiográficas. El estudio de extensión objetiva trombosis de la arteria mesentérica superior, infartos renales bilaterales y esplénicos. Se traslada a centro de referencia de cirugía cardíaca donde es intervenido quirúrgicamente para colocación de prótesis aórtica mecánica y marcapasos definitivo por alteración permanente del tejido de conducción. A los 19 días recibe el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

La endocarditis infecciosa puede tener un curso agudo o subagudo y manifestarse por una amplia gama de síntomas y signos, referidos a cualquier aparato o sistema del organismo. Las características clínicas son el resultado: del proceso infeccioso intracardiaco, las embolias sépticas, la bacteriemia constante con aparición de focos a distancia y el desarrollo de enfermedad por complejos inmunológicos. Las presentaciones electrocardiográficas pueden ser muy variadas: desde la normalidad en ausencia de complicaciones, traducir las alteraciones de la cardiopatía subyacente, expresar taquicardia sinusal, trastornos de la conducción o infarto cardíaco por embolismo coronario. El ECG de este caso supuso el dato principal que detectó la gravedad del paciente.

P-1249

UN JOVEN APARENTEMENTE SANO

N Rodrigo Sáiz, M Parras Cordovés, I Fortuny Esterri,
F Camón Iglesias, R Alonso Esteban, R Tang Valdez,
R Sebastián Cambon

Hospital Infanta Universitario Sofía. Madrid

PALABRAS CLAVE: joven-fiebre-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

nada

HISTORIA CLÍNICA:

UN JOVEN APARENTEMENTE SANO MC: fiebre. AP: sin interés EA: Varón de 25 años, acude el 26 y el 29 de marzo a urgencias con clínica de una semana de tos, expectoración junto con febrícula y dolor en hemotórax izquierdo en relación con la tos. En Rx se aprecia neumonía en lóbulo superior derecho con mejoría del infiltrado en segunda radiografía. Ingreso a cargo de medicina por persistencia de fiebre y sat basal: 94% Evolución en planta: El 30 de Marzo presenta cuadro presincope en relación con esfuerzo de deposición taquipnea, desaturación hasta 74 % y bradicardia extrema por lo que se inicia RCP básica se realiza IOT y administración de adrenalina, posteriormente asistolia. Tras reanimar unos 20 minutos de RCPA recupera el pulso de forma temporal por lo que ante la sospecha de TEP se realiza fibrinólisis in situ, se continúan maniobras de RCP con recuperación intermitente del pulso. Tiempo total de Parada 55 min. Evolución en UCI: TEP masivo fibrinolizado. Parada cardiorrespiratoria prolongada recuperada en dicho contexto. DMO tras isquemia repercusión con Disfunción hemodinámica, respiratoria, renal, hepatitis isquémica, coagulopatía. Encefalopatía posanóxica. Fracturas costales bilaterales (5º, 6º, 7º dchas y de 4-7 izdas), volet costal y fractura horizontal del tercio distal del esternal secundaria a maniobras de RCP. Retirada de sedación el 3 de abril GCS 4 puntos, EEG del 5 de abril: afectación cerebral difusa. Nuevo EEG el día 6 mejoría respecto al previo. TAC craneal repetido el 12 de Mayo objetiva lesiones isquémicas a nivel de ambos caudados. Al alta consciente desorientado en tiempo-espacio orientado en persona hemiparesia espástica izda de predominio braquial con hiperrreflexia de MMII leve. Déficit de memoria inmediata y alteración de comportamiento. Evolución desde el alta (25 mayo 2017) Ingresado en centro de rehabilitación durante 21 días. Ha recuperado movilidad en hemicuerpo izquierdo, solo nota mínima alteración de fuerza en la mano, ha mejorado el habla y memoria. Aun no sale a calle solo, el resto lo hace todo En estudio de trombofilia sigue pendiente Proteína C y S. Anticoagulante lúpico +.

CONCLUSIONES:

No siempre la anamnesis y pruebas clínicas nos aportan el diagnóstico correcto y lógico, aun siendo un paciente joven y sano.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1251

CÓDIGO SEPSIS

V Piña Martín, AM Maldonado Santiago, Al Caro Cabello

Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: sepsis-antibiótico-resucitación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: Varón de 50 años, DM tipo II. Quemadura en ambas plantas de pies de 2º grado en julio 2015. En seguimiento por Cirugía Vascular por pie neuroartropático, que precisó desbridamiento y resección de 5º MTT. Con persistencia de gran úlcera limpia pero con sospecha de osteomielitis crónica en estudio. Acude a urgencias por fiebre, malestar general y supuración activa por lesión plantar derecha de varios días de evolución. Objetivo: Identificar pacientes ingresados en urgencias que muestren signos y síntomas de sepsis, e iniciar el tratamiento estabilizador de forma temprana. Material o paciente y método: A la exploración física REG, CyO, diaforético, febril (T°38,1°C), hipotenso (TA 90/65), taquicárdico (FC 110 lpm), taquipneico (22 rpm), BH y BP. Pie D séptico, con supuración activa muy maloliente y crepitación hasta articulación de tobillo derecho. Ante la sospecha de sepsis de origen cutáneo se inicia resucitación con fluidos de forma intensiva, se extraen hemocultivos, cultivo exudado úlcera, y se inicia antibioterapia empírica con levofloxacino y clindamicina. Se interconsulta de forma urgente con Cirugía vascular que realiza con carácter de urgencia en primer tiempo amputación en guillotina de dicho miembro. Tras mejorar el cuadro séptico y mejoría local de MID se realiza amputación infracondílea reglada, con buena evolución. Resultados: Amputación pie derecho por infección de úlcera plantar, sepsis. DM tipo II complicada.

CONCLUSIONES:

Conclusión: La sepsis en una emergencia médica, una causa creciente de morbilidad, donde la clave para reducirla es el reconocimiento precoz y el tratamiento rápido de estos pacientes. Es necesaria la implementación de guías clínicas y el conocimiento por el personal sanitario para que se establezca de forma temprana la sospecha de sepsis y se inicien las maniobras de resucitación con fluidoterapia intensiva, antibioterapia empírica, y control del foco infeccioso de forma urgente, como en el caso de nuestro paciente que precisó amputación pie del derecho. El manejo del paciente es multidisciplinar, UCI, Internistas, Pediatras, etc y entre todos ellos urgencias juega un papel primordial, como puerta de entrada y el reconocimiento e inicio inmediato del tratamiento de la sepsis.

P-1253

NEUMOTÓRAX POSTRAUMÁTICO:
CONSULTA A URGENCIAS POR DOLOR TORÁCICO SIN DISNEA

Al Caro Cabello, V Piña Martín, AM Maldonado Santiago

Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: neumotórax-posttraumático-dolor torácico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 47 años con antecedentes personales de : hernia hiatal, psoriasis y gota, que consulta a urgencias por dolor en hemitórax derecho tras traumatismo (caída casual desde su propia altura tras resbalar en domicilio) hace 24 h. No presenta disnea en ningún momento desde entonces. No refiere otra sintomatología. A su llegada, la exploración era la siguiente: TA 140/80. FC: 95 lpm. T° 36°C. Sa tO2: 100%. Exploración física normal salvo hipoventilación en campo superior derecho en la auscultación respiratoria. Desde Urgencias se pidieron las siguientes pruebas complementarias: - Hemograma, bioquímica y coagulación: sin hallazgos relevantes - Rx tórax PA: colapso de pulmón derecho. - ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Eje normal. No signos de isquemia ni alteración en la repolarización. Tratamiento: El tratamiento consistió en evacuar el aire de la cavidad pleural, tras la colocación bajo anestesia local de un drenaje torácico, conectado bajo aspiración a un sistema de sello de agua que permitió mantener la presión negativa intrapleurales (por debajo de la presión atmosférica), logrando así una adecuada expansión pulmonar.

CONCLUSIONES:

El neumotórax ocurre cuando hay fugas de aire en el espacio entre los pulmones y la pared torácica. Este aire empuja en el exterior del pulmón y lo hace colapsar. En la mayoría de los casos, sólo una porción del pulmón se colapsa. El diagnóstico del neumotórax se realiza por los síntomas, además de la exploración física y radiológica. El dolor torácico (de comienzo brusco, agudo y unilateral) y la disnea (dificultad para respirar) son los síntomas más frecuentes (80-90% de los casos). En este caso, el paciente no presentó disnea en ningún momento y únicamente nos consulta por dolor torácico. Una vez colocado el drenaje torácico, el paciente quedó ingresado en el servicio de Cirugía con evolución favorable.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1255

LINFADENITIS CERVICAL TUBERCULOSA.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

JF Rodríguez Fernández, E Cáceres, S Sánchez, E Pérez, E Montero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: tuberculosis-extrapulmonar-linfadenitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 22 años. Natural de Rumanía. Sin antecedentes de interés. Se trata de una gestante de 18 semanas, que acude a Urgencias por presentar masa en zona submaxilar derecha de dos meses de evolución, ha ido aumentando de tamaño progresivamente. Niega otra sintomatología. En la exploración física se palpan varias adenomegalias en zona laterocervical derecha, siendo de mayor tamaño una en la zona submaxilar derecha, de consistencia pétreo, ligeramente dolorosa a la palpación y sin signos de inflamación local. Se solicita analítica sanguínea completa con hemograma, bioquímica y coagulación en rango de la normalidad. PCR de 14,1 mg/L y VSG 59 mm/h. Se solicita estudio hormonal y serologías para VIH y virus hepatotropos. Se realiza radiografía de tórax (normal) y Ecografía cervical que muestra adenopatías de aspecto patológico, desestructuradas y vascularización anómala en doppler. Se decide ingreso dada la sospecha de proceso linfoproliferativo. Durante el ingreso se biopsia mediante BAG la adenopatía de mayor diámetro y se realiza interconsulta con infecciosas, quien solicita IGRA y PCR de TBC en la muestra histológica, siendo ambos resultados positivos para infección por micobacterias. Se inicia tratamiento con antituberculosstáticos. Se pauta ciclo de seis meses con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante los dos primeros meses, continuando con isoniacida y rifampicina cuatro meses más.

CONCLUSIONES:

La tuberculosis extrapulmonar constituye el 25% de la patología tuberculosa, siendo la afectación cervical la zona afectada en el 35-50% de estos casos. La linfadenitis cervical tuberculosa en nuestro país, debe considerarse, sobre todo, en mujeres inmigrantes entre 20-40 años, que presenten esta clínica, por lo que, debemos realizar la batería de pruebas oportuna para diagnosticarla e iniciar tratamiento de forma precoz. La vía de infección más probable es la vía aérea, que provoca contacto con el anillo de Wadey, diseminándose así la micobacteria y provocando inflamación adenopática local. El proceso diagnóstico es mediante PAAF y se confirma mediante estudio microbiológico y anatomopatológico. En caso de duda diagnóstica, se puede solicitar amplificación de la cadena de DNA. El tratamiento de elección es la antibioterapia, con altas tasas de éxito. En nuestro caso, al ser una gestante, esta se realizó valorando los posibles efectos teratogénicos.

P-1256

BUSCANDO LA ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
GLOBAL (IRG). A PROPÓSITO DE UN CASOA Mercado Pardo, R Carbonell Vayá, P Romero Crespo,
A Albiñana Fernández, JL Berlanga González, C Ortí Montañana,
AI de Gracia León

Hospital Politécnico y Universitario La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: insuficiencia respiratoria-hipoventilación-respiración artificial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 79 años Antecedentes: Vive con su esposa, independiente para las actividades habituales, Neoplasia de colon libre de enfermedad. Hipertenso, diabético, Nefropatía grado II, no hábitos tóxicos, nunca patología respiratoria. Tratamiento: Lercadipino, Atenolol, Linagliptina, Repaglinida, Atorvastatina, Torasemida, ácido acetilsalicílico, Omeprazol. Hace seis meses inicia apatía, hipersomnia, insomnio nocturno, somniloquios con parasomnias, alucinaciones al despertar, desorientación, fallos amnésicos leves y carácter fluctuante, pero mantiene autonomía para conducir, manejar dinero... Valorado por un neurólogo y psiquiatra hacía tres semanas: Rasgos depresivos, Minimental 35/35. TAC craneal: Involución corticosubcortical propias de la edad. Se diagnosticó como Delirium orgánico con alucinaciones con componente de enfermedad por cuerpos de Lewy, sin deterioro cognitivo, medicándose con escitalopram 15 mg/24h y Quetiapina 25. Acude a Urgencias por empeoramiento clínico. Niega toma de benzodiacepinas. Exploración física: Glasgow 15, Cianosis labial, 15 rpm, TA 140/70, 65 ppm, Sat 85%, auscultación: rítmico hipoventilación generalizada. Abdomen y miembros: anodino. Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación normal, pH 7,30, PCO2 76.8 mmHg PO2 48.2 mmHg, HCO3 36, gradiente A-a: 6.7 (normal). Tóxicos (-) Pruebas imagen: Rx torax: Parénquima pulmonar sin hallazgos, angioTAC normal, TAC craneal: Pequeño hematoma subdural parafalciano anterior. Se inician broncodilatadores y VMNI con BIPAP (IPAP 15, EPAP 5, FiO2 35%) consiguiendo saturación de 92%, volúmenes adecuados. Sólo mejora PO2, empeorando conciencia. Ingresa en UCI para intubación y ventilación mecánica Pruebas complementarias: ANA, anti-neuronales (-), serología (-), LCR: sin alteraciones con bandas Oligoclonales ausentes, TAC corporal sin hallazgos, RNM cerebral: Atrofia corticosubcortical. Con signos de leucoencefalopatía hipóxica crónica. EMG: Datos de axonopatía/neuropatía motora subaguda con signos de reinervación inestable Evolución Dependencia para ventilación por traqueotomía. Debilidad proximal Miembros superiores y, proximal-distal en inferiores. Reflejos exaltados. Gasometría al alta sin O2: pH 7.45, PCO2 43.9 mmHg, PO2 68.5 mmHg, Sato2 93.9%. Diagnóstico: Enfermedad Motoneurona de curso subagudo (sospecha esclerosis lateral primaria o amiotrófica esporádica).

CONCLUSIONES:

En IRG, la hipercapnia, diferencia (pA-pa) O2 normal y corrección de la hipoxemia con oxigenoterapia, junto a radiografía normal encamina a etiología central/neuromuscular y no broncopulmonar.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1257

JOVEN CON FIEBRE INTERMITENTE Y ANEMIA

V Riesco Cuadrado, MA Riesco García, RP Macías Casanova

Departamento de Urgencias. Complejo Asistencial de Salamanca.

Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca

PALABRAS CLAVE: fiebre-anemia-malaria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 31 años, sin antecedentes patológicos ni familiares de interés. Acude a Urgencias hospitalarias por clínica de 15 días de evolución, caracterizada por fiebre intermitente de hasta 40°C, de predominio nocturno, que cede parcialmente con la ingesta de antipiréticos y que ocurre cada 48 horas. Se acompaña de escalofríos, cefalea, artralgias intensas y debilidad generalizada. Los últimos 6 días presenta tos no productiva y dolor abdominal leve. Acude a su centro de salud donde es diagnosticado de infección respiratoria y se pauta antibioterapia con levofloxacino durante 5 días. Como antecedente epidemiológico de interés, refiere que 6 meses antes estuvo en Indonesia durante 21 días. Tomó de forma correcta la profilaxis con Malarone®. En la exploración física presenta fiebre de 39,3°C, taquicardia y discreta taquipnea. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Dolor a la palpación difusa de hemiabdomen superior, sin masas ni megalias, sin signos de peritonismo. Resto de exploración sin hallazgos relevantes. En el hemograma destaca hemoglobina de 9.5 g/dL y trombopenia de 120000/?L. En la bioquímica se observa filtrado glomerular de 50 mL/min, alteración en las pruebas de función hepática (bilirrubina total 2.5 mg/dL, bilirrubina indirecta 1.82 mg/dL, LDH 564 U/L, AST 138 U/L, ALT 112 U/L). La ecografía de abdomen describe hígado ligeramente aumentado de tamaño con aumento de la ecogenicidad, sin otros hallazgos relevantes. El frotis sanguíneo teñido con Giemsa describe la presencia intraeritrocitaria de trofozoítos en anillos, algún eritrocito fimbriado y gránulos de Schüffner. El paciente es diagnosticado de malaria e ingresado en la unidad de enfermedades infecciosas para control y tratamiento.

CONCLUSIONES:

La malaria es una de las infecciones parasitarias más importantes del mundo, causada por protozoarios del género Plasmodium. Se presenta como una enfermedad febril aguda, caracterizada por el paroxismo clásico que puede ocurrir en ciclos terciarios o cuaternarios. La tinción de Giemsa es la técnica diagnóstica de referencia. Los regímenes quimioprolácticos no son 100% efectivos, por lo que debe informarse a los viajeros que en caso de presentar fiebre durante o después del viaje, han de buscar atención médica inmediata.

P-1258

INFECCIONES POR RICKETTSIAS,
UN MOTIVO DE FIEBRE EN URGENCIASJM Giner Morales, C Pérez Ductor, G Hernández Comes, C Sala Sáinz,
V Chumpitaz Capcha, M Balaguer Catalán, MJ Larré Muñoz

Hospital Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: Rickettsia conorii-fiebre botonosa-zoonosis

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 27 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta en urgencias por fiebre y bulto en el cuello. Trabaja como ingeniera agrónoma, en ámbito rural. Refiere desde hace una semana sensación distérmica y cefalea frontal. Desde ayer se nota bulto en región cervical. Comenta que justo hace una semana se quitó una garrapata del cuero cabelludo. No presenta clínica respiratoria, digestiva o urinaria acompañante. No está enfermos convivientes de la paciente, ni contactos habituales. En la exploración física se encuentra con regular estado general, febril (37,9°C), y destaca la presencia de adenopatía cervical posterolateral izquierda de 1cm, dolorosa, elástica, móvil, no adherida a planos profundos. Además tiene lesión de 0,5 cm, ulcerada, de fondo oscuro, y bordes sobreelevados en región parietal izquierda compatible con picadura de garrapata. Resto de exploración es anodina. En exploraciones complementarias se solicita analítica básica, a destacar PCR 15 mg/l, y se solicita serología de Rickettsias. Se trata de probable infección por Rickettsias. Se decide alta con tratamiento empírico domiciliario con doxiciclina y antitérmicos, con buena evolución. Se objetivó en serología positividad para R. Conorii IgG (1/40), sin posterior seroconversión.

CONCLUSIONES:

Las Rickettsias son bacterias gram negativas, de crecimiento intracelular, que se transmiten a través de vectores artrópodos a diferentes mamíferos que actúan como reservorios entre los que nos encontramos los seres humanos. Producen un amplio espectro de patología en el hombre. En concreto Rickettsia Conorii es responsable de la Fiebre botonosa, donde el vector es la garrapata del perro. Consiste en un cuadro de fiebre, cefalea, erupción cutánea, y postración, de buen pronóstico habitualmente, pero no exenta de mortalidad. El diagnóstico se realiza mediante serología, la técnica más extendida es la inmunofluorescencia indirecta. El tratamiento ha de ser precoz para evitar complicaciones y disminuir la mortalidad (por disfunción multiorgánica). El tratamiento es doxiciclina, siendo alterativas las fluorquinolonas y macrólidos. Se hará diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas de origen viral como rubeola o sarampión, y con la meningococemia.



CASOS CLÍNICOS

P-1259

DEBILIDAD GENERALIZADA Y ASTENIA EN EL PACIENTE ANCIANO

R Carbonell Vayá, P Romero Crespo, A Mercado Pardo,
R Vizcaíno Pinedo, R Martín Ivorra, I Nakonetchnyi Tolchin,
L Cifuentes García

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: piometra-pérdida de fuerza-anciano

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 82 años, con antecedentes personales: Alergia a picadura de avispas, dislipemia, diabetes tipo 2, retinopatía y nefropatía diabéticas (filtrado 40 ml/min, probable neuropatía diabética, HTA, Depresión, Psoriasis sin brotes desde hace años, Infarto Agudo de Miocardio en 2013 con colocación de Marcapasos y posterior Endocarditis infecciosa, Deterioro Cognitivo leve-moderado, en seguimineto por U.H.Domiciliaria. Tratamiento Actual: Atrovastatina, Levemir Innolet, Insulina rápida según glucemias, Exforge, Carduran Neo, Pantoprazol, Repaglinida, Sertralina, Donazepilo, Quetiapina. Acude a urgencias por presentar desde hace un más debilidad generalizada, con malestar y tendencia al sueño, en los últimos 10 días se ha intensificado y asocia pérdida de apetito, limitación a la movilización y desde hace dos días imposibilidad para la bipedestación, no fiebre ni otros síntomas. En la exploración física: regular estado general, palidez cutánea, consciente, tendencia al sueño, obedece ordenes con lentitud, sin signos de focalidad neurológica. FC, 73lpm, TA, 134/52, Tª, 36,2°C, SatO2, 94%, AC, rítmica sin soplos, AP, murmullo vesicular conservado, ABD, doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo, en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, pulsos distales simétricos, resto de exploración física normal. En exploraciones complementarias: Rx torax, normal, Gluc, 387, Urea, 164, Creat, 2,33, FG, 19, Na,127, PCR, 207, Procal, 0,92, Hb, 6,3, Hematocrit, 19,6, VCM, 88, Leucos, 48.000, Neutros, 45.000, Bicarbonato, 15, TAC abd, Aumento del tamaño del útero, 102x85x150mm con nivel hidroaéreo y burbujas de gas en interior, ORINA, no se recogió por anuria. Cultivos, positivo para E. Choli, Enterococcus faecalis, Streptococcus anginosus. Con sospecha de piometra la pacietne se derivó a urgencias ginecológicas previo inicio de trasfusión de hemáties y se realizó legrado con aspirado y salida de abundante pus maloliente (750cc). En la biopsia se informa exudado mucohemático ocupado por polimorfonucleares. Posteriormente ingreso en Reanimación y después de evolución tórpida en anuria, fue exitus.

CONCLUSIONES:

El piometra es una patología poco frecuente (0,2-0,5% en mujeres postmenopáusicas). En este caso la presentación fué poco sintomática con síntomas muy inespecíficos, por lo que debe hacerse hincapié en la importancia de tener presente este diagnóstico en los Servicios de Urgencias Generales de adultos, en especial en pacientes con perfil de anciano frágil.

P-1260

DOLOR ABDOMINAL ATÍPICO

H Fernández Ovalle, C Bolado Jiménez, B Arranz Díez,
MJ Fora Romero, AM García Rodríguez, M Blanco Magdaleno

Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición (IEN).

Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid

PALABRAS CLAVE: artritis-séptica-abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: El dolor abdominal de origen no traumático es una de las causas mas frecuentes que llevan al paciente a un servicio de urgencias, - entre el 7-10% de todas las visitas -pudiendo ser síntoma de una enfermedad seria subyacente. Caso clínico: Mujer de 82 años con dolor abdominal constante en hipogastrio de 10 días de evolución, sin fiebre ni alteración del tránsito intestinal. A la exploración, abdomen blando, palpándose una masa dolorosa de consistencia firme y bordes definidos de unos 8 cm en hipogastrio hacia fosa ilíaca izquierda. Antecedentes personales: Prolapso vesical intervenido hace más de 3 años. Fractura de pubis con hematoma de recto anterior y neumonía basal izquierda hace 8 meses. Sistemático de sangre, bioquímica y coagulación dentro de los límites normales. TAC abdominal: Alteración en la sínfisis del pubis correspondiente a osteoartritis/osteomielitis de pubis con colección poliloculada de 80 x 30 x 25 mm en músculo recto anterior izquierdo. RMN: Confirma la existencia de colección líquida del músculo recto anterior izquierdo que se continúa con sínfisis del pubis y se extiende caudalmente hasta el músculo pectíneo e inserción del aductor largo. Se procede a drenaje parcial ecodirigido con toma de muestra para microbiología, confirmándose crecimiento de staphylococcus aureus e instaurándose tratamiento con Cloxacilina 1 g/6 horas.

CONCLUSIONES:

La artritis séptica de la sínfisis del pubis es una causa infrecuente de dolor abdominal, pasando muchas veces desapercibida, sobre todo en ancianos. Suele asociarse a factores de riesgo como alcoholismo, cirugía o enfermedad pélvica, y parto. Se manifiesta por dolor abdominal, pélvico o inguinal que se incrementa con la bipedestación y deambulación y produce dificultad de la marcha o cojera, generalmente sin fiebre. Un dolor abdominal siempre es un reto en su diagnóstico. Si este es sordo, cursa sin fiebre y con afectación de la marcha, cojera y caídas frecuentes, deberemos pensar en la existencia de esta patología, buscando posibles antecedentes personales que puedan orientarnos ya que el retraso en su diagnóstico y tratamiento puede derivar en una destrucción de la sínfisis del pubis y complicaciones graves.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1262

INFARTO ESPLÉNICO COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE FIEBRE

S Sánchez Menéndez (1), Z Vázquez Álvarez (1),
IE Ferrero Fernández (2), Y García González (1),
P González-Quirós Fernández (2), S Moreno García (3)

(1) Hospital del Oriente de Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias.
(3) Hospital de Jerez Materno Infantil. Cádiz

PALABRAS CLAVE: fiebre-infarto-bazo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: 74 años. Trabajó en mina de mercurio. Ex fumador desde hace 20 años. HTA. DM tipo 2. EPOC-asma. Úlcera herpética corneal. Tratamiento: Montelukast, Micardis, Omeprazol, Effcib, Spiriva, Citalopram, Symbicort, Eutirox, Deprax, Cemidon, Adiro, Zytram, Binosto, Adolonta, Prednisona, Insulina, Mirtazapina, Clexane, Acfol y Natecal. Enfermedad actual: paciente que acude por deterioro general, dolor de espalda y abdomen, y con pico febril de 39°C. Exploración: temperatura:38.4°C, TA:140/63, FC:100, Sat:98%. Inquieto, desasosegado, obeso, movilización generalizada muy dolorosa. AC: RsCsRs sin soplos, AP: mvc, Abdomen: globuloso, blando, con defensa voluntaria sobre todo en FII, Blumberg -, Extremidades inferiores: leves edemas Pruebas complementarias: - EKG: BRIHH - Rx torax: normal - Analítica: *BIOQUÍMICA SANGRE: GLUCOSA 184.0 mg/dL PROTEÍNA C REACTIVA 114.14 mg/l, TROPONINA T ULTRASensible 65.0 ng/L * COAGULACION: normal *HEMOGRAMA: HEMATIES 3.18, HEMOGLOBINA 9.3, HEMATOCRITO 27.3 %, LEUCOCITOS 14.13 -TAC abdominopélvico: En las bases pulmonares se observa pequeño derrame pleural izquierdo. 2 imágenes hipodensas de morfología triangular con base periférica, una en el polo superior y la otra en el polo inferior esplénico, en relación con infartos, que se asocian a una pequeña cantidad de líquido libre periesplénico, sin observarse líquido libre en otras localizaciones. El diámetro craneocaudal del bazo está en el límite alto de la normalidad, de aproximadamente 13 cm. Adicionalmente se observa: Signos de hepatopatía crónica sin LOES. Eje esplenoportal permeable. Ateromatosis calcificada focal de arteria esplénica, sin observarse defectos de replección en la misma. - Ecocardiograma: endocarditis infecciosa sobre válvula mitral - Hemocultivos: + enterococcus faecalis Evolución: ante la sospecha de endocarditis infecciosa secundaria a aflojamiento séptico de prótesis de rodilla D, se instauró tratamiento antibiótico Gentamicina + Ampicilina, presentando buena evolución clínica.

CONCLUSIONES:

Conclusión: en este caso hemos visto infartos esplénicos como causa poco frecuente de fiebre, secundarios a endocarditis infecciosa por aflojamiento séptico de prótesis de rodilla. Se trata de una patología de escasa incidencia, y por lo tanto en la que no solemos pensar como causa de síndrome febril.

P-1263

FIEBRE Y ADENOPATÍAS, ¿QUÉ ES ESTO QUE ME HA SALIDO?

M Gómez Martínez (1), M Bernad Barcos (1),
A González de Audikana (1), MG Díaz Sánchez (2),
O Recondo Goitia (3), I Garmendia Rufo (1)

(1) OSI Bidasoa. (2) Hospital Universitario de Donostia. (3) Clínica La Asunción

PALABRAS CLAVE: fiebre-parasitología-infecciones por Bartonella

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente varón de 45 años que derivado del ambulatorio por lesión cutánea, fiebre y adenopatías. Hace unos 20 días observó aparición de lesión cutánea similar a un grano en pliegue de brazo. No recuerda picadura de animales. Comenta que ha ido mejorando pero hace 10-15 días comenzó con adenopatías supraclaviculares/paracervicales y axilares con fiebre vespertina. Día previo fiebre de hasta 39°C y con empeoramiento de la lesión cutánea. Durante las mañanas se encuentra bien pero a las tardes refiere cansancio, sudoración y fiebre. Vive en zona con animales (perros, gatos, palomas, gallinas...). No ha observado garrapatas recientemente. No viajes al extranjero. EXPLORACIÓN GENERAL: PA 118/75 FC 60 Temp 37.3 SO2 100 Consciente, orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico. CYC: adenopatías ligeramente empastadas y dolorosas en región supraclavicular y paraecervical izda con eritema cutáneo ligeramente caliente. Adenopatías dolorosas axilares sin limitación para la movilización de ESI. En pliegue de brazo lesión inflamada y eritematosa que parece una picadura sobreinfectada(?). PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: anodina. RX TORAX: sin alteraciones. Se extrae analítica con serologías. Evolución: EL paciente fue derivado a consulta de MI para completar estudio. En consulta de medicina interna se realiza ecografía axilar y se solicita biopsia de la lesión. Las primeras serologías (bartonella, shigella, CMV, VEB, VIH) fueron negativas pero se repitieron a las 2 semanas positivizándose para Bartonella: Bartonella henselae IgG (IFI) 1/1024, Bartonella henselae IgM (IFI) >1/512. En TAC también se observaron adenopatías abscesificadas en axila por lo que se realiza interconsulta a cirugía para valorar drenaje que se realiza obteniendo material purulento con buena evolución los días posteriores. La lesión del pliegue del brazo fue biopsiada y en la anatomía patológica se observa dermatitis granulomatosa inespecífica. Se pautó tto con ciprofloxacino 500mg/12h con buena evolución.

CONCLUSIONES:

La bartonelosis o enfermedad de arañazo de gato está producida por Bartonella Henselae. Los síntomas más habituales de la infección se presentan a nivel regional como dolor y tumefacción de ganglios linfáticos. También puede formarse una pápula en el área de inoculación. Algunos pacientes presentan fiebre y otros síntomas sistémicos. En general el pronóstico es favorable. Es la causa más frecuente de adenopatías crónicas en niños y adultos jóvenes tras el contacto con gatos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1264

ISQUEMIA CEREBRAL CRIPTOGENICA

MC Soriano González, FJ Vara Morate, P Rodríguez de Temble Relaño, FJ Garriguet López, Y Ortiz de Eribe Martín-Viera, R Mohedano Mohedano, JM Barquero Fernández

Hospital Alta Resolución Valle del Guadiato. Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba

PALABRAS CLAVE: foramen oval permeable-isquemia cerebral-enfermedad vascular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 31 años que consulta en el Servicio de Urgencias por episodio de cefalea que ha cedido. En la consulta comienza con torpeza de la mano izquierda, dificultad para coordinar el movimiento de la pierna izquierda y bradilalia de duración 30 minutos. Antecedentes personales sin interés. En la Exploración Física: TA: 106/62 mmHg, T°: 36.2°, Glucemia capilar: 99mg/dl, Fc: 45 lpm, SatO2: 100%, el paciente está consciente, orientado e hidratado, pares craneales explorados normales, no déficit sensitivo motor ni de coordinación significativos. Extinción sensitiva, alteraciones visuales y negligencia visual izquierda. Resto de exploración dentro de la normalidad. Exploraciones Complementarias: Analítica sin hallazgos reseñables. TAC cerebral: Hipodensidad subcortical parietal derecha y en mitad posterior de ínsula derecha en relación con infarto isquémico establecido. Hiperdensidad de la arteria cerebral media, segmento insular (M2). AngioTAC troncos supraórticos: defecto de repleción focal de unos 6 mm en arteria cerebral media derecha, segmento M2, con relleno de ramas distales por probable repleción a través de ramas piales colaterales. RMN: infarto en evolución de arteria cerebral media derecha, que afecta a región silviana, corona radiada y encrucijada posterior de ese lado. ECO TT: en septo interauricular movimiento aneurismático de 14 mm de desplazamiento, con imagen anatómica en 2D de separación de hojas. Se confirma Foramen Oval Permanente con septo aneurismático.

CONCLUSIONES:

El FOP es una abertura en la pared en el tabique interauricular de la cavidad cardíaca que durante la vida intrauterina permite el paso de la sangre desde la aurícula derecha a la aurícula izquierda, este foramen se cierra unas horas después de nacer. Afecta a un 25% de la población general, suele ser un hallazgo común y casual sin repercusiones clínicas, sin embargo se ha relacionado con cuadros de accidentes cerebrovasculares embólicos o las migrañas. El tratamiento médico (antiagregante y anticoagulantes) reduce la tasa de recurrencia, pero hasta el 4,22% y en los pacientes tratados con cierre percutáneo esta tasa se reduce al 1,62%, a pesar de ello no existe un consenso generalmente aceptado sobre el manejo del foramen oval permeable en presencia de isquemia cerebral criptogénica, debido a la falta de pruebas concluyentes.

P-1265

VALORACIÓN DE DISNEA SÚBITA EN URGENCIAS

N Espina Rodríguez (1), M Rojo Iniesta (2), P González Jiménez (2)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. (2) HVG. Málaga

PALABRAS CLAVE: disnea-derrame pleural-exudado

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

AP:NAMC,fumador activo 44paq/a y porros. Exconsumidor DVP. Intervenido politraumatismo MSI. Acude por medios propios por disnea progresiva en últimas semanas con empeoramiento en los últimos días por cuadro catarral sin fiebre, que en el día que consulta comienza a hacerse de reposo. Preguntando a posteriori confirma síndrome constitucional con pérdida de 5kg. EF: disneico, con tiraje y saturación O2 basal 89%.TA110/60. Consciente y orientado. ACR: tonos rítmicos sin soplos, hipoventilación global HTI. PPCC: ASL 16900 (N80%), Hb14.6, plaquetas 256000. Coagulación normal. Glucosa185, LDH 348, lactato 3.1,PCR 131.9 y pH venoso 7.36 con pCO2 47. Orina normal,tóxicos negativos. Rx torax derrame pleural con atelectasia que origina pulmón blanco izquierdo. Líquido pleural: glucosa109, proteínas 4, LDH684, pH 7.37, ADA 32 (EXUDADO). Broncoscopia: laringe, tráquea, carina y ABD normales, ABI: desde su entrada se visualizan áreas de mucosa infiltradas así como áreas blanquecinas,se realiza PAAF que confirma diagnóstico de carcinoma no microcítico.TAC torácico:afilamiento y stop a nivel de bronquio lobar superior izquierdo asociado a consolidación del parénquima pulmonar sin poder descartar proceso neoforativo subyacente. Adenopatías patológicas mediastínicas en espacio paratraqueal inferior izquierdo, cavotraqeal, subcarinal, peribronquiales izquierdas.Lesiones líticas óseas en varios cuerpos vertebrales(D8, D11)sugestivas de metástasis. JC:Carcinoma no microcítico de pulmón estadio IV DD: Otras causas de disnea súbita de origen respiratorio: neumotórax, neumonía, broncoespasmo. Causas más frecuentes de derrame pleural en nuestro medio(exudados): metaneumónico, neoplásico, secundarios a TEP o tuberculosos. Evolución: se realiza drenaje de líquido pleural con evacuación de casi 2 litros con mejoría significativa de la clínica tras 24 h en observación, por lo que se ingresa para estudio confirmando el diagnóstico de sospecha de carcinoma pulmonar. Sin embargo, durante su estancia en la planta comienza con reagudización de la clínica,disnea prácticamente de reposo y necesidad de mórficos de rescate por cuadro de insuficiencia respiratoria severa que ocasiona el fallecimiento del paciente a los 6 días del ingreso. Presentado en comité oncológico no dio tiempo a completar estudio para filiar de forma adecuada y comenzar tratamiento.

CONCLUSIONES:

El paciente percibía la clínica como anodina al ser disnea leve y de instauración progresiva, solo decide consultar cuando la disnea se hace de reposo. Eso limitó de forma importante el tiempo para correcto diagnóstico de su enfermedad e iniciar tratamiento efectivo consiguiendo la curación de la enfermedad. Además, cabe destacar la importancia de la radiografía de tórax de urgencias para filiar la disnea en un primer momento y optimizar el tratamiento urgente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1273

BRAZO DERECHO INFLAMADO EN PACIENTE JOVEN

C Cara Ligero, E Culpíán Arias, AB Hidalgo Pérez, D Jiménez Baena,
ID García-Baquero Martín, A Matas Lara

Servicio de Urgencias Hospital San Agustín. Avilés (Asturias)

PALABRAS CLAVE: trombosis-síndrome de Paget-esfuerzo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón, 24 años, antecedentes de hiperreactividad bronquial. Ejercicio físico diario. Presenta cuadro de inflamación de brazo derecho de 4 días de evolución, refiere bulto en axila derecha doloroso y que se acompaña de impotencia funcional de la extremidad superior. Valorado previamente con diagnóstico de tendinitis ante los esfuerzos realizados en el gimnasio. A la exploración física, el brazo derecho presenta aumento de perímetro con respecto a contralateral, con calor, rubor, tumefacción, edema y palpándose cordón venoso axilar e inspeccionando la existencia de circulación colateral en toda la extensión del brazo. Resto de la exploración física por aparatos y sistemas sin hallazgos patológicos. Pruebas complementarias: analítica con dímero D elevado, ECG y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Diagnóstico Diferencial en SUH: celulitis, patología osteomuscular tipo traumatismo o tendinitis, vasculitis, síndrome de vena cava superior, hasta llegar al juicio clínico de trombosis venosa profunda (TVP) axilar y subclavia de miembro superior derecho (MSD) tras la realización en SUH de ecografía tipo ecodoppler que evidenció y confirmó la ocupación completa por material ecogénico y ausencia de vascularización del interior de la luz de la vena subclavia y axilar derecha con dilatación retrógrada de venas braquiales. Se deriva a hospital de referencia para valoración por Servicio de Cirugía Vascular por si precisara realización de fibrinólisis guiada por catéter pero se descartó dicha actuación. Paciente queda ingresado en planta de Medicina Interna para completar estudio (TC tórax, hipercoagulabilidad, autoinmunidad, marcadores tumorales). Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular. Tras descartar otras causas, paciente fue diagnosticado de Síndrome de Paget-Schroetter, también denominado como Trombosis de Esfuerzo.

CONCLUSIONES:

La TVP de MSD es una entidad poco frecuente, constituye el 10% de todos los casos de TVP. El Síndrome de Paget-Schroetter se caracteriza porque se da en paciente jóvenes en el 75% de los casos, de sexo masculino, con antecedentes de haber realizado fuerza y abducción del miembro superior dominante, provocado por la producción de microtraumas repetidos a nivel de la vena subclavia que pueden producir inflamación, hiperplasia de la íntima y fibrosis posterior.

P-1277

DOCTOR NO PUEDO ABROCHARME LOS BOTONES DE LA CAMISA

P Javaloyes Victoria, S Guzmán Martínez, A Aguado Castallo,
MC Molina Alcántara, A Gil Rodrigo

Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: priones-Síndrome de Creutzfeldt-Jakob-ataxia cerebelosa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 74 años acude a urgencias al presentar desde hace 15 días inestabilidad de la marcha y dificultad para ejecutar movimientos finos en manuales (se le caen objetos, no puede abrocharse botones). Además presenta parestesias y pérdida de fuerza. La paciente presenta importante cifoescoliosis desde la infancia con insuficiencia respiratoria restrictiva secundaria. Usa Bipap nocturna. Padece insuficiencia cardiaca con disfunción diastólica. Pendiente de cirugía faucectomía **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Alteración de sensibilidad propioceptiva en miembro superior izquierdo e importante dismetría dedo-nariz bilateral, con marcha inestable y aumento de base de sustentación. Analítica sanguínea normal TC craneal sin lesiones agudas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** *ICTUS ISQUEMICO EN TERRITORIO POSTERIOR *MIELOPATÍA CERVICAL/RADICULOPATÍA ASOCIADA A CIFOESCOLIOSIS SEVERA * ENFERMEDAD POR PRIONES (CREUTZFELDT JAKOB) **EVOLUCIÓN:** Se continúa estudio en planta de neurología. La punción lumbar no es patológica. El electroencefalograma y la resonancia magnética de sistema nervioso central, muestran hallazgos compatibles con enfermedad por priones (Creutzfeldt Jakob), con mal pronóstico vital. Al mes, debido ante progresión clínica y complicaciones pulmonares de su enfermedad restrictiva, la paciente presenta exitus. La autopsia confirma el diagnóstico. **JUICIO CLÍNICO:** ENFERMEDAD POR PRIONES (CREUTZFELDT JAKOB).

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es un raro trastorno neurodegenerativo con un rápido y progresivo deterioro de la memoria, cambios de comportamiento, falta de coordinación y/o alteraciones visuales. Está causada por la acumulación de la proteína priónica patológica (PrP) en el sistema nervioso central. Puede ser esporádica, hereditaria o adquirida. Tiene una muy baja incidencia global anual, soliendo presentar entre 60 y 74 años, alcanzando una tasa de mortalidad alta (90%) dentro del primer año. El diagnóstico es clínico y electroencefalográfico. Pueden ayudar la resonancia magnética nuclear y la histopatología.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1280

SEPSIS NEUMOCÓCICA GRAVE EN PACIENTE
CON LINFOMA DE HODGKIN

E Fuentes González, C Martínez Muñoz, A Albert Casado,
A Rebollo Curbelo, F Llopis Roca, J Jacob Rodríguez,
I Bardes Robles

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

PALABRAS CLAVE: pneumococcal sepsis-Hodgkin lymphoma-disseminated
intravascular coagulation

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 37 años con antecedente de Linfoma de Hodkin, diagnosticado en 2009, recibió quimioterapia con remisión completa y trasplante Alogénico en 2010, presentando Enfermedad Injerto con el Huésped (EICH) crónico severo. En octubre de 2016 se produce recaída, iniciando Brentuximab. Tras cuatro ciclos de tratamiento se realiza PET TAC de control que muestra reducción parcial de las adenopatías. Acude a urgencias por odinofagia de 2 días de evolución y fiebre de 39.7°C con tiritona franca. Sin otra clínica. A su llegada a urgencias paciente se encuentra con buen estado general, taquicárdico, febril a 39.5°C, normotenso. Exploración física por aparatos anodina. Analíticamente destaca PCR 168 mg/L, y leucocitosis de 11.800. Resto sin alteraciones. Radiografía de tórax normal. Se recogen cultivos. Se inicia sueroterapia y tratamiento sintomático. Durante su estada en urgencias paciente presenta hipotensión arterial, por lo que se inicia hidratación endovenosa intensa y antibioterapia con ceftriaxona, amikacina y metronidazol. Pese a ello mantiene hipotensión arterial refractaria a sueroterapia, aparición de livideces y anuria. Empeoramiento analítico con lactato de 9 mmol/L, acidosis metabólica, con creatinina de 150 umol/L, alargamiento de TTPA, plaquetopenia 14.000 y leucopenia 3700. Se realiza soporte hemodinámico intensivo, transfusional y se inician drogas vasoactivas. Clínicamente aparición de lesiones purpúricas en tórax, signos de mala perfusión periférica. Se consigue mejoría de las cifras tensionales persistiendo livideces y anuria con progresión de las petequias. Se solicita TAC abdominal por episodio de diarreas que muestra cambios de colitis leve y, es valorado por otorrinolaringólogo que descarta absceso. Control analítico con elevación de lactato a 11 mmol/L y de transaminasas. Durante su estada en urgencias se aísla *Streptococo pneumoniae*. Ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos, con posterior estabilización hemodinámica que permite retirada de drogas vasoactivas y mejoría de las lesiones purpúricas. Se traslada a planta de Enfermedades Infecciosas donde el paciente mantiene evolución favorable. Se realiza nueva TAC tóraco-abdominal que descarta complicaciones. Mejoría clínica del paciente permite alta a domicilio.

CONCLUSIONES:

S. pneumoniae es uno de los patógenos más importantes responsable de infecciones graves causantes de una elevada morbi-mortalidad, de mayor agresividad y virulencia si el paciente presenta hipoplenismo funcional, siendo el EICH una de las causas.

P-1284

ENDOCARDITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J Nicolás Gálvez (1), MI Arjona López (2), A Cantero Sandoval (2),
SM Raigal Jurado (1), MD Lorenzo Zapata (1), MJ Carrillo Burgos (1)

(1) Hospital Universitario Morales Meseguer. (2) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: fiebre-hemocultivos-endocarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES. Alérgico a Penicilina. Exfumador desde hace 2 meses de 10-12 cig/día. Niega otros consumo de tóxicos. Sin patologías medico-quirúrgicas de interés. Trabaja de camionero. Varón de 40 años presenta desde hace 3 meses cuadro de fiebre vespertina con escalofríos y sudoración profusa, asociado a tos sin expectoración, sin clínica urinaria ni digestiva. Valorado en atención primaria siendo diagnosticado de resfriado común, pautándose pantomicina durante 10 días y posteriormente azitromicina. Durante este tiempo el paciente presenta empeoramiento progresivo con astenia, anorexia y pérdida de 6 kilogramos de peso en un mes. Acude a urgencias hospitalarias por hallazgo de hemoglobina de 7,6 g/L en analítica privada. Niega pérdida de sangre objetivada en expectoración, heces u orina. **EXPLORACIÓN** Palidez cutánea. TA: 124/76. FC: 112. Tª: 37,2°C. FR: 18. SAtO2: 96%. Ausencia de ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar presenta soplo sistólico en foco aórtico y roncus dispersos con crepitantes bibasales. La exploración abdominal es normal. Destacan edemas con fovea en miembros inferiores. Tacto rectal presenta heces normales, no melénicas, ni restos hemáticos. **RESULTADOS** Analítica de sangre: hemoglobina 7,5 g/L, plaquetas 60.000. Actividad de protrombina 50%. pH: 7,45. pCO2: 31. Lactato: 1,9. pO2: 80. Radiografía de tórax: cardiomegalia e infiltrados pulmonares bilaterales. Electrocardiograma presenta ritmo sinusal a 120 con hemibloqueo posterior. Se extraen hemocultivos. Evolución Valorado por intensivista que realiza ecocardiografía, objetivando válvula aórtica infiltrada por varias vegetaciones, afectando a todos los velos. Ante este hallazgo se comienza tratamiento antibiótico con gentamicina y vancomicina, ingresando el paciente en UCI. Tras 24 horas se obtiene el resultado microbiológico positivo en sangre para *Streptococo viridans*. El paciente es trasladado a cirugía cardiovascular, donde realizan recambio valvular aórtico con bioprótesis Stenless, sin presentar complicaciones, siendo alta a domicilio a los 15 días. **JUICIO CLÍNICO.** Endocarditis (*S. viridans*) sobre válvula aórtica nativa.

CONCLUSIONES:

Debido a la amplia gama de síntomas y signos clínicos en que puede manifestarse la endocarditis bacteriana subaguda es muy importante descartarla ante cuadro de bacteriemias graves, sin foco aparente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1292

¿EL QUE BUSCA HALLA!

MP Lora Coronado, M Cárdenas Antón, MR Rivas Martínez

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: fiebre-sepsis-endocarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 70 años, portador de marcapasos definitivo desde 2015 por disfunción sinusal en tratamiento con sintrom y laringectomía total y traqueostomía en 2012 por Neo de laringe. Acude a Urgencias por cuadro de 6 días de evolución de mal estar general, sensación febril, anorexia, vómitos, disminución de la diuresis. COC, sequedad de mucosas, tendencia a la hipotermia, sudoración, estable hemodinámicamente. ACR y abdomen dentro de la normalidad, no edemas, ni signos de TVP. A la llegada destaca leucocitosis con neutrofilia (13590N 90%) trombocitopenia (35000), disfunción renal con Cr 5.75 PCR 300, alteración severa coagulación con INR15, ligera acidosis metabólica, sedimento de orina con nitritos+, leucocitos-. Se solicita Eco de abdomen sin hallazgos patológicos de interés. Diagnóstico inicial de ITU, se inicia tratamiento con sueroterapia, meropenem iv, vit K. En las siguientes horas continúa con mala evolución, fiebre, oliguria (100ml en 15 h) con empeoramiento de la función renal (Cr 7), hipotensión que precisa de drogas vasoactivas. Se recibe resultados preliminares de microbiología y se observan cocos en racimo tipo estafilococos pendiente de identificar y antibiograma. Se reexplora al paciente buscando foco y se observa eritema en zona de marcapasos con dolor a la palpación y se modifica antibioterapia por sospecha infección cable MP y sepsis grave con daptomicina y cloxacilina y se decide ingreso en UCI. Posteriormente siendo trasladado para valoración por Cardiovascular de retirada de sistema de MP completo por sepsis grave por endocarditis por estafilococo Aureus.

CONCLUSIONES:

En los últimos años se ha incrementado el número de marcapasos implantados aumentando la prevalencia de la endocarditis asociada a dispositivos intravasculares, por lo que adquiere especial relevancia para el clínico. La infección de los catéteres marcapasos cardíacos definitivos es una complicación poco frecuente con una incidencia entre el 0,13% y el 19,9% y una mortalidad alta, entre un 30-35%. Los síntomas locales de infección sólo se observan en un 42-55% de las endocarditis por MP y a veces el único síntoma es la fiebre, lo que dificulta su diagnóstico. Los *Staphylococcus* son los causantes de la gran mayoría (80-90%) que confirma la necesidad de terapia antistafilocócica empírica en todos los casos de sospecha.

P-1316

DISOCIACIÓN CLÍNICO RADIOLÓGICA

FJ Miralbés Casterá (1), I Ortega Castrillo (1), M Miralbés Torner (2), MF Ramírez Hidalgo (2), F Francia Franco (1), M Gómez Márquez (1), CI Holguin Mena (1)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca.

(2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: neumonía grave-gripe-insuficiencia respiratoria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

varón de 65 años de edad, con antecedentes personales de HTA, hipuricemia y exfumador. Tratamiento con Emconcor, alopurinol y Capenon. Acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de tos con expectoración oscura, cierta disnea a medianos esfuerzos y fiebre de 38°. Se inicio tratamiento con azitromicina tres días y posteriormente amoxicilina con clavulanico. Ante la persistencia de la sintomatología acude a urgencias. A su llegada destaca una saturación de oxígeno de 91° basal y una temperatura de 37,8°C. Eupneico. A la exploración solo destaca unos crepitantes bibasales. De las pruebas complementarias destaca una hiponatremia leve, una coagulación afectada (AP 61%), una hipoxemia (50.9°), en la radiografía una condensación en lóbulo medio e inferior derecho. El paciente pasa a la sala de observación de urgencias. Se instaura tratamiento con oxigenoterapia a 2 litros (sat 96%), cobertura antibiotica. a las 12 horas del ingreso, el paciente se encuentra eupneico, hemodinámicamente estable, afebril. la nueva exploración se detecta crepitantes en hemitórax derecho y en tercio superior del hemitórax izquierdo. En la nueva radiografía se aprecia condensación que ocupa todo el hemitórax derecho y el lóbulo superior izquierdo con un pequeño derrame. En la analítica de control, persiste la hiponatremia leve, una PCR de 157, una plaquetopenia y una hipoxemia. Ante el empeoramiento de la neumonía ingresa en la UCI. Durante su estancia preciso VMNI durante 5 días. Se instaura tratamiento con azitromicina y cefotaxima, añadiéndose Osalteamivir a la llegada de cultivo positivo a V. Influenza A. El paciente presenta mejoría clínica y de las pruebas complementarias sin edo dado de alta a los 12 días.

CONCLUSIONES:

En ocasiones atendemos a pacientes con cuadro de neumonía que presentan cierta afectación con imágenes de neumonía importantes y que precisan de un control estricto. Este es un caso de un paciente con una neumonía importante que de no estar, en este caso en la sala de observación de urgencias, con una atención continua por el personal de enfermería y medico, pudiera sufrir un deterioro importante. Debemos estar atentos en paciente relativamente jóvenes y casi sin antecedentes, en los que una neumonía en este caso es mas grave que la situación clínica del mismo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1317

CUANDO UNA DISFONÍA ES IMPORTANTE

I Ortega Castrillo (1), I Ortega Castrillo (1), M Miralbes Torner (2),
MF Ramírez Hidalgo (2), FJ Miralbes Casterá (1)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca.

(2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: tumor pulmonar-astenia-perdida de peso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 81 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo e histerectomía. Es remitida a urgencias para valoración por el Servicio de ORL por afonía. La paciente refiere que desde hace unos tres meses presenta pérdida de peso de unos 9 Kg, acompañado de afonía desde hace 10 días, disnea de medianos esfuerzos y dolor en el hombro izquierdo sin traumatismo previo. A la exploración, la paciente presenta un buen estado general, cierta apatía y afectación de su estado emocional. La exploración clínica es totalmente anodina. Se realizan unas pruebas complementarias- hemograma, bioquímica, coagulación, electrocardiograma que están dentro de los valores de referencia. En la radiografía de tórax se aprecia un infiltrado apical izquierdo. se realiza TAC toracoabdominal, donde se aprecia una masa pulmonar en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo, nódulos espiculados en lóbulo superior e medio derecho sospechosos de metástasis. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de carcinoma escamoso pobremente diferenciado. Iniciándose el tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIONES:

No todas las afonías/disfonías están causadas por un problema ORL. La importancia de realizar una buena anamnesis, recogiendo el cuadro constitucional que refiere la paciente, el dolor de hombro nos debería hacer sospechar una patología a nivel del ápex pulmonar. Por suerte no todas las afonías/disfonías son causadas por una patología pulmonar, pero debemos pensar en ella ante una disfonía.

P-1318

UN EXTRAÑO DOLOR EN EL CUELLO

M Lisa Gracia, S Neila Calvo, A Córdoba Alonso, E Cobo García,
I Toranzo Nieto, L Urbina Soto, C Salas Pelayo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: absceso-artritis infecciosa-clavícula

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años que acude a urgencias por dolor y tumefacción laterocervical derecha que ha ido progresando hasta impedirle la movilidad completa del brazo y le dificulta la deglución. Presenta febrícula nocturna, con sudoración y escalofríos ocasionales. No tiene antecedentes patológicos de interés ni toma ningún tratamiento. A la Exploración física destaca dolor a la palpación en la zona supraclavicular proximal y en la articulación esternoclavicular. No se palpan adenopatías. La exploración neurológica es normal. El hemograma y la bioquímica no muestran alteraciones y los hemocultivos son negativos en dos ocasiones. Se realiza una ecografía que no objetiva lesiones, por lo que se amplía el estudio con un TC que describe osteolisis de clavícula derecha con pequeño absceso de 1 centímetro. La RMN informa de osteomielitis de clavícula con artritis asociada, celulitis y miositis del músculo esternocleidomastoideo provocando efecto masa sobre las estructuras mediastínicas. La gammagrafía no evidencia otros focos hipercaptadores patológicos. El estudio microbiológico, incluyendo serologías para virus, fue negativo. La evolución fue satisfactoria y fue tratado de forma conservadora con antibioterapia empírica.

CONCLUSIONES:

Las infecciones profundas del cuello son raras en la época postantibiótica. Proviene generalmente de focos sépticos en boca, glándula parótida, ganglios linfáticos cervicales? Muchas veces es difícil llegar al diagnóstico clínico por no pensar en ellas, pero pueden progresar rápidamente y evolucionar con complicaciones amenazantes para la vida. El tratamiento inicial es antibioterapia, requiriendo drenaje si existe formación de absceso. No debemos, por tanto, olvidar este tipo de infecciones a pesar de su baja frecuencia.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1320

CAUSA INFRECUENTE DE CIATALGIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C Revol Musso, O Bulilete, M Marín, G Fermín Gamero

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

PALABRAS CLAVE: *Streptococcus anginosus*-pyomyositis-piriformis muscle

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 46 años, IABVD, vive sola sin hijos, modista, alergia a penicilina, tabaquismo sin otros hábitos tóxicos, sobrepeso, HTA, ansiedad, intervenida de pólipo fibroepitelial vulvar, epicondilitis y STC. Tratamiento habitual: Clonazepam Enalapril/diuréticos Hierro. ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a urgencias por dolor glúteo derecho con clínica de ciatalgia de 10 días de evolución y fiebre de 4 días. Días previos acudió 3 veces a urgencias por dolor glúteo y ciatalgia sin fiebre, a la 3ª vez acude por fiebre, se orientó como pielonefritis, alta con ciprofloxacino. Niega clínica cardiorrespiratoria, lesiones cutáneas, traumatismo o heridas infectadas. Niega maniobras dentarias recientes. Previamente un ciclo de metronidazol hace 6 meses por flemón dentario. Fisura anal 3 meses previos tratada con rectogesic. No proctalgia. No inyectables IM. EXPLORACIÓN FÍSICA: Glasgow 15 sin focalidad neurológica, no lesiones cutáneas sugestivas de embolismos RCR sin soplos, MVC sin ruidos añadidos. Mal aspecto piezas dentarias. No flemón ni adenopatías laterocervicales, senos paranasales no dolorosos. Abdomen levemente doloroso en hipogastrio y FID sin signos irritación peritoneal no se palpan masas ni megalias. Exploración anal: intenso dolor a palpación de glúteo derecho, fisura en cara posterior, no orificio fistuloso externo. Percusión columna no dolorosa. PPRB negativa. En analíticas sucesivas se objetiva leucocitosis en aumento (23.800) PCR 30.94, bioquímica y sedimento normal. Hemocultivos + a *Streptococcus anginosus*. TC abdominopélvico con contraste: Absceso músculo piriforme derecho (20 x 40 mm). Trombo no oclusivo en la vena ilíaca común derecha. Engrosamiento anexial derecho, difícil valoración por no visualizar el ovario. EVOLUCIÓN: Se inicia tratamiento empírico: Vancomicina + gentamicina + Metronidazol y se continúa según antibiograma con vancomicina, no es posible drenaje por mal acceso. Valorada por Ginecología que descarta patología. Cirugía Vascular indica anticoagulación y se realiza ETT que descarta endocarditis. Buena evolución con diagnóstico al alta de absceso piriforme de probable origen hematógeno por bacteriemia *Streptococcus anginosus*.

CONCLUSIONES:

El absceso del músculo piriforme es infrecuente y su diagnóstico debería considerarse en pacientes con clínica de ciatalgia, fiebre y leucocitosis. El *Streptococcus anginosus* (del grupo viridans) flora normal de cavidad oral y tracto GI, puede invadir la circulación provocando abscesos a distancia. Con hemocultivos positivos debe descartarse endocarditis. El tratamiento es desbridamiento y antibiótico.

P-1321

PERFORACIÓN CONTENIDA DE AI TRAS ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Ríos Gallardo, A Delgado Osuna, JF Rodríguez Fernández, M Sánchez, I Beltrán Rubio, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: fibrilación-ablación-sepsis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 49 años sin factores de riesgo cardiovasculares. Fibrilación auricular cardiovertida eléctricamente en marzo 2016, con recurrencia precoz, y ablación percutánea en septiembre, con buena respuesta. Anticoagulado. Al 5º día del alta hospitalaria, fiebre de 40°C. Valorado por su MAP que prescribe azitromicina y posteriormente amoxicilina por no mejorar. A las tres semanas acude a Urgencias por deterioro del estado general, fiebre y aparición de petequias. A su llegada con TA 80/50 mmHg se traslada a críticos donde se inicia remonte hemodinámico, se extrae analítica y hemocultivos. En la exploración crepitantes bibasales y petequias distribuidas por todo el cuerpo, más evidentes en pulpejos de pies. Se inicia tratamiento con cloxacilina-vancomicina. De las pruebas complementarias destaca leucocitosis con neutrofilia (16000, 85%) e INR 3. En críticos se realiza ecocardiografía-transtorácica sin hallazgos. Tras estabilización clínica ingresa en cardiología a las 24 horas con el diagnóstico de shock séptico por endocarditis. En planta se obtienen hemocultivos positivos a *Prevotella denticola* y *Actinomyces odontolyticus*. Se realiza AngioTAC con imagen compatible con fístula atrioesofágica, contenida por trombo en cara auricular izquierda (AI). Se somete a cirugía con estereotomía media para acceder a la aurícula y extirpar material trombótico situado en la pared posterolateral izquierda, colocando parche de pericardio. Tras cirugía hay evolución favorable. Se realiza endoscopia alta no objetivando daño mucoso ni fístula esofágica. En TAC de control no neumomediastino que sugiera fístula atrioesofágica ni colecciones abscesificadas. Un mes después es dado de alta en ritmo sinusal y los diagnósticos de Perforación contenida de la AI tras ablación de venas pulmonares y shock séptico.

CONCLUSIONES:

La ablación con catéter de venas pulmonares supone una alternativa en pacientes con fibrilación auricular cuando la cardioversión no es eficaz. Las complicaciones más frecuentes son hematomas, fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas en el lugar de punción. La perforación cardíaca se produce por punción accidental en cara posterior de la AI y por daño térmico excesivo. En este caso el paciente podría haber sufrido un taponamiento cardíaco masivo, sin embargo éste no se produjo por estar la perforación contenida por un trombo, hallazgo encontrado en el contexto del estudio del shock séptico.



CASOS CLÍNICOS

P-1322

UN PACIENTE CON MALA PATA

B Martínez Villena, B Rodríguez de Arcos, G Hernández García, A Martín Sonseca, C Aguilar Andrea, M López López

Hospital Universitario Príncipe Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

PALABRAS CLAVE: politrauma-cinématica trauma-lesión medular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 76 años como único antecedente hipertenso e independiente para todo, que acude a urgencias por presentar esa mañana mientras estaba en domicilio traumatismo craneoencefálico (TCE) y facial tras caída desde 2 metros de altura, después de lo cual permanece ocho horas tirado en el suelo sin lograr levantarse hasta que regresa su hija a casa. A urgencias acude deambulando por su propio pie, sin focalidad neurológica aguda, consciente y orientado, Glasgow 15. En la Exploración física, Cabeza y cuello: Dolor a la palpación de musculatura paravertebral cervical a nivel de C7. Herida inciso constusa a nivel frontal y malar que precisa 4 puntos de sutura. Se coloca collarín cervical. ACP, normal. ABD, normal EXPL NEUROL, Pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservada en 4 extremidades, sin focalidad neurológica aguda, babinski negativo. Pruebas Complementarias, Analítica únicamente reseñable, Leucocitos 29500 (32% neutrófilos), HB 14.8, Bioquímica, CPK 398. Rx tórax y columna cervical sin alteraciones, TAC craneal, normal. Tras 24 h en observación con protocolo TCE algo no va bien y tras reexplorar al paciente nuevamente se objetiva que no puede moverse. EXPL NEUROL: sin cambios salvo disestesias difusas a nivel de MMSS, hipofuncionalidad motora radial bilateral, déficit en fuerza proximal en ambos MMSSy MMII, hipoestesia a nivel de L5. S1 bilateral. Se sospecha lesión medular aguda y se solicita RMN urgente, estenosis de canal medular en segmento C2-C6. Dudosa alteración de la señal en relación a mielopatía. Protrusión de los discos en C3. Se inicia bolo de corticoides iv y se ingresa al paciente con mejoría de la clínica en 48 h, siendo dado de alta deambulando para rehabilitación.

CONCLUSIONES:

Ante sospecha de contusión medular es importante recordar que en fases iniciales el paciente puede mostrarse asintomático hasta que progrese el edema de la lesión y se produzca la afectación neurológica, por lo que es importante la reexploración en estos enfermos y valorar la cinemática del traumatismo para que no pasen desapercibidos.

P-1323

NO ES UNA SIMPLE DISNEA

B Martínez Villena, A Martín Sonseca, C Briega Iglesias, G Esteban Gutiérrez, V Heras Fernández, M López López, Y Béjar Álvarez

Hospital Universitario Príncipe Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

PALABRAS CLAVE: disnea-hiperaldosteronismo secundario-TEP

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 55 años EPOC, fumador, acude a urgencias por cuadro clínico de tres semanas de evolución consistente en astenia, disnea, disfonía y tos seca, aumento de sus edemas en MMII. Ha iniciado Seguril un comprimido cada 24 h, no presenta otra sintomatología. En urgencias TA 122/77 frec 68, sat basal 98%. Afebril. Impresiona de mal estado general, taquipneico a 20 rpm, bien hidratado, nutrido y perfundido, Glasgow 15. Exploración física normal excepto EEII, edemas maleolares hasta pantorrillas con fovea, sin otras alteraciones. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS HEMOGRAMA, Leucocitos 14500 (N 83.1) resto normal. BIOQUÍMICA, Creatinina 0,66, Na 145, K 2.3. GASOMETRÍA ARTERIAL BASAL (GAB), PH 7.50, PCO2 55, HCO3 41.1. ECG, Bradicardia sinusal a 50lpm, onda T aplanadas V3-V6, onda U. RX TÓRAX, Sin alteraciones. Dado el trabajo respiratorio pese a saturaciones normales y la normalidad de las pruebas realizadas, se solicita DD con resultado de 0.18 descartándose razonablemente Tromboembolismo Pulmonar. Se interroga al paciente sobre clínica de insuficiencia cardíaca, se solicita BNP con resultado normal. El cuadro de hipopotasemia moderada se sospecha que se encuentra en relación a tratamiento diurético iniciando reposición de potasio. El paciente se cierra para Observación. Tras 48 h mal estado general, TA 123/65 frec 100 lpm sat basal 89%. Reexplorado: AP, mv disminuido con crepitantes bibasales de predominio en base derecha, resto sin cambios. ANALÍTICA, BQ, K 2.3, Mg 1.2 resto normal. GA, PH 7.63, Pco2 37, PO2 53 HCO3 23 HG, sin cambios ECG, sin cambios. Dada la persistencia de disnea intensa con empeoramiento, se solicita nueva Rx tórax: edema a nivel de LM y LID que respeta LSD que impresiona de edema pulmonar cardiogénico con alta posibilidad de patología tumoral asociada, se solicita nuevo BNP con resultado negativo, así como TAC torácico en el que se objetiva tumoración sólida infracarinal / hilar izquierda que sugiere neoplasia pulmonar primaria. Se sospecha hiperaldosteronismo secundario dada la hipopotasemia mantenida pese a suplementos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con patologías aparentemente comunes pueden esconder diagnósticos más complejos, por lo que es recomendable observar la evolución y plantearse otras alternativas.



CASOS CLÍNICOS

P-1324

TROMBOSIS VENA OVÁRICA DERECHA

B Vilaboy Arias (1), MJ Rodríguez Ourens (1), M García Rodríguez (1), NO Rincón Valero (1), B Pérez Deago (1), MB Díaz González (2), LM Rivera García (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. (2) Centro de Salud Noreña. Oviedo

PALABRAS CLAVE: trombosis vena ovárica-puerperio-heparina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 45 años, sin alergias medicamentosas, con asma bronquial y síndrome depresivo tratado con Fluoxetina. Acude a Urgencias seis días después de parto eutócico, por dolor en fosa iliaca derecha de dos días de evolución, irradiado a región periumbilical y fosa renal ipsilateral y sensación distérmica, sin otra clínica. EXPLORACIÓN FÍSICA: Abdomen blando y depresible, dolor difuso a la palpación pero especialmente en fosa iliaca derecha, con signos de irritación peritoneal y Blumberg positivo. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TC ABDOMINO-PELVICO: Imágenes compatibles con trombosis de la vena gonadal derecha y una pseudomasa parauterina derecha con flujo Doppler en su interior, compatible con anejo derecho aumentado de tamaño probablemente secundario a congestión vascular. Cabe destacar extensión del defecto de repleción a nivel intraluminal en vena cava inferior a la altura de la desembocadura de la vena gonadal. Mínima cantidad de líquido en fosa iliaca derecha. Ingresa en el Servicio de Obstetricia, con antibiótico y anticoagulante, con buena evolución. TC DE CONTROL: Persiste visualización de trombo en el interior de la vena ovárica derecha. En la vena cava teñida, no se identifica trombo visible en estudio previo. Mejoría con ausencia de visualización en el momento actual de líquido en raíz de meso. Tras ocho días de ingreso, la paciente es alta con Tinzaparina sódica 10.000 UI/día durante 3 semanas más y posteriormente con 4.500 UI/día durante 3 ó 6 meses en función del TC de control a los 3 meses.

CONCLUSIONES:

La trombosis de la vena ovárica es una complicación muy poco frecuente, casi siempre relacionada con el embarazo, principalmente en el postparto, o en cualquier situación que incremente los factores de coagulación. Otras situaciones menos frecuentes en las que puede aparecer son la enfermedad inflamatoria pélvica, la cirugía abdominal o las neoplasias malignas. Su diagnóstico puede resultar difícil. Se basa en pruebas de imagen como la ecografía, la resonancia y, la más sensible es la TC (100% de sensibilidad). Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que puedan ocasionar dolor abdominopélvico y fiebre, como la apendicitis aguda, endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica, pielonefritis, nefrolitiasis, absceso tuboovárico y torsión ovárica.

P-1325

UNA DISNEA DE LIBRO

M de la Cal Ramírez (1) F Soriano Gómez (2), A María Martínez (3), N Muñoz Guillén (1), I Quero del Río (1), F Molina Herrera (1), C Marín Luján (1)

(1) Hospital Cruz Roja. Córdoba. (2) CS Occidente Azahara de Córdoba. (3) CS Luis de Toro de Plasencia (Cáceres)

PALABRAS CLAVE: disnea-embolia pulmonar-heparina de bajo peso molecular

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 75 años, hipertensa, DM tipo 2 y neumopatía intersticial secundaria a artritis reumatoide. Tratamiento con ARAII, antidiabéticos orales e insulina. La paciente es atendida en domicilio por el médico de urgencias por disnea de un mes de evolución, que se intensifica en las últimas 2 horas, acompañada de dolor torácico y tos seca. Ha disminuido su actividad física con más reposo del habitual desde hace 1 mes. No hemoptisis. Exploración física: mal estado general, afebril, consciente, orientada, colaboradora, normohidratada, normoperfundida, sin focalidad neurológica. Taquipnea con aumento del trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria. SatO₂: 80% respirando aire ambiente, PA: 102/80 mmHg, FC: 110 l.p.m. ACR: tonos cardíacos rítmicos sin soplos, MV disminuido sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas, signos de insuficiencia venosa crónica, no signos de TVP. ECG: RS 110 l.p.m., patrón S1Q3T3 y morfología de BCRDHH sin datos de isquemia ni necrosis. Ante la sospecha de TEP se inicia tratamiento con HBPM y se deriva al hospital. A la llegada del hospital: hemograma dentro de la normalidad, glucosa, iones, función renal y hepática normales, BNP 261.30 pg/ml, dímero D >5000 ng/ml, gasometría de sangre arterial (FiO₂ 0.21): pH 7.45, PaCO₂ 37 mmHg, PaO₂ 45 mmHg, HCO₃ 26 mEq/l. Rx de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos de interés. Eco doppler: sin hallazgos de TVP. Angio-TC: defectos de repleción en ramas lobares y segmentarias de lóbulos inferiores, lóbulo medio y LSD y en rama lobar del LSI y discreto aumento calibre de la arteria pulmonar. No signos de sobrecarga de cavidades derechas. Áreas parcheadas en vidrio deslustrado bilaterales, probablemente en relación con alteración de la perfusión. Compatible con TEP agudo bilateral.

CONCLUSIONES:

La evaluación estandarizada mediante el juicio clínico y las reglas de predicción de la probabilidad clínica nos permite identificar a los pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta, que deben recibir tratamiento anticoagulante a la espera de la realización de las pruebas diagnósticas y seleccionar a los pacientes sin probabilidad clínica alta, en los que un dímero D negativo excluye el diagnóstico de TEP.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1326

GRAN ABSCESO RETROFARÍNGEO

P López Díez, P López Díez, T Mondéjar Solís, F Richard Espiga,
JM Álvarez Pérez, P Fraguas Reverendo, JR Trespaderne Díez

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: absceso retrofaríngeo-infección-*shock* séptico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 61 años de edad, sin antecedentes de interés y sin tratamiento habitual. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Acude a urgencias por presentar desde hace 4 días tumefacción cervical, fiebre, odinofagia y malestar general. Desde hacía un año aproximadamente presentaba sensación de cuerpo extraño como una espina clavada. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Palidez cutánea, consciente, bien hidratada y perfundida, afebril y normotensa en el momento actual, sin disnea, con voz gangosa e imposibilidad para la deglución. Presenta tumefacción, empastamiento y eritema en región cervical anterior y región torácica anterior hasta manubrio esternal. Resto sin hallazgos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** Analítica: hemograma: leucocitos 22,7 mil/mmc, neutrófilos 91,9%, linfocitos 4,8% Coagulación: AT 78,0 % INR 1,2 TTPA 29,1 sg TTPA ratio 0,9 TTPA control 31,0 sg. Proteínas: PCR 525. Procalcitonina 67,3 Se solicita ecografía cervical pero dados los hallazgos se realiza de urgencia TAC TAC de cuello: gran colección hipodensa de paredes gruesas con realce periférico, centrada en el espacio retrofaríngeo donde mide 6x16 cm que se extiende craneocaudalmente desde el nivel de la orofaringe hasta el mediastino superior y anteriormente hacia los espacios submandibular, vasculares bilaterales y visceral. Marcados ambos inflamatorios de ambas glándulas submaxilares, de predominio de la izquierda que parece infiltrada por la colección, adenopatías laterocervicales de predominio izquierdo, probablemente reactivas. **EVOLUCIÓN:** Realizada interconsulta al servicio de Otorrinolaringología realizada fibroscopia con visualización de contenido purulento se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos donde ingresa presentando shock séptico con necesidad de Intubación Orotraqueal y reanimación con fluidos, aminas vasoactivas y amiodarona por presentar episodio de Fibrilación Auricular, además de tratamiento antibiótico de amplio espectro. Tras conversación telefónica con centro de referencia de Cirugía Torácica se traslada a la paciente para abordaje quirúrgico.

CONCLUSIONES:

El absceso retrofaríngeo es una infección profunda del cuello potencialmente letal y susceptible de complicaciones graves con una incidencia cada vez mayor y aunque mas frecuente en niños es importante identificarla en adultos para un correcto abordaje terapéutico.

P-1341

CEFALEA RECURRENTE EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NO HODGKING

MM Becerra Mayor (1), A Contento Gonzalo (1), V Becerra Mayor (2)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga. (2) Hospital La Línea. Cádiz

PALABRAS CLAVE: cefalea-EBV-linfoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 70 años de edad con diagnóstico de linfoma no Hodgking (variante difuso de células grande B) hace 7 años, en tratamiento según esquema quimioterápico con Rituximab- ESHAP. Como antecedentes personales presentaba HTA, dislipemia y trastornos ansiosos / depresivo. Acude a urgencias en 3 ocasiones por presentar cefalea frontal de características leves, alteraciones del carácter en las últimas semanas, y aislados episodios de febrícula, no refirió en ninguna ocasión otros signos/síntomas neurológicos. En las dos primeras veces que acudió, fue dado de alta con tratamiento sintomático, tras analítica con hemograma y bioquímica normales. En la tercera ocasión tras continuar con la misma sintomatología, se realiza TAC de craneo que informan como normal, se realiza punción lumbar con determinaciones del LCR dentro de parámetros normales, en el área de observación la paciente comienza con mayor deterioro neurológico por el cual se repite la punción lumbar a las 24 hs de la primera, solicitando en la misma PCR a CMV, HSV1, HSV2, HSV6, JC y EBV. Se comienza de manera empírica Ganciclovir tras comentar el caso con Hematología. Tras 48s en el área de observación y empeoramiento respiratorio y necesidad de intubación orotraqueal, pasa a la UCI donde permaneció 10 días, durante su ingreso en UCI se recibe el resultado del LCR informando como POSITIVO para EBV, RMN encéfalo sin hallazgos. Tras los 10 días de ingreso en UCI, pasa a planta de Hematología donde continua su recuperación clínica.

CONCLUSIONES:

Las encefalitis víricas en los pacientes con enfermedades hematológicas son procesos infrecuentes pero que requieren de su conocimiento para poder solicitarlo a la hora de realizar las punciones lumbares. En las de tipo herpéticas el tratamiento antiviral es de suma importancia, en este caso de encefalitis por EBV, solo se requiere tratamiento de soporte y esperar la evolución del cuadro clínico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1342

NO SIEMPRE ES INFECCIÓN DE ORINA

S Gayoso Martín, C Tejero Pallarés, E Mora Bastante,
MA Huerta Fernández, MP Ortega Mercader, AG Ardila Soto,
FJ Fava García

Hospital El Escorial. Madrid

PALABRAS CLAVE: malaria-fever-plasmodium

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer, 74 años. Antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia, malaria, hiperuricemia, cirugía de esófago de Barret. Tratamiento: simvastatina, ameride, alopurinol. Buena situación basal, continente. Vivió en Mozambique hasta hace 20 meses. Acude a servicio de urgencia hospitalaria por fiebre (39°), malestar general sin clínica. Hace una semana su médico prescribió antibiótico que no recuerda por fiebre (38°) sin clínica. Exploración física: regular estado general, frecuencia cardiaca 140 lpm, febrícula (37.5°C). Resto (orofaringe) normal. Pruebas complementarias: leucopenia (2.6×10^3), Hemoglobina 13.0, trombopenia (69×10^3) sin agregados, Filtrado glomerular (FG) 37, hiponatremia 131. Proteína C reactiva 5,1. Leucocituria (250/ul). Con diagnóstico de infección de tracto urinario (ITU), inicia tratamiento con ceftriaxona, antipiréticos y sueroterapia. En analítica a las 12 horas pancitopenia (hemoglobina 11), FG 40. Ecografía de vía urinaria con sospecha de pielonefritis, normal. Rehistoriada refiere malaria spp. hace 20 meses tratada en Mozambique, estudio posterior normal (España). Se solicita antígeno de plasmodium (AGP) que es débilmente positivo para plasmodium. AGP falciparum negativo, gota gruesa objetivando hematíes parasitados por trofozoitos en anillo (formas jóvenes) de *Plasmodium* spp. Escasos trofozoitos maduros (2-3/1000 hematíes). La paciente fue trasladada a hospital con unidad de medicina tropical con diagnóstico de malaria no falciparum grave. Se confirmó en gota gruesa *Plasmodium ovale*. Se inició tratamiento con cloroquina. En ingreso: anemia hasta Hb 10,4 y desarrollo insuficiencia cardiaca con ecocardiografía normal en contexto de anemia y sueroterapia. Con tratamiento depleitivo adecuada evolución clínica y negativización de gota gruesa y AGP. El screening de G6PH fue negativo.

CONCLUSIONES:

La malaria, primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo, sigue siendo desconocida en nuestro medio. Diagnosticamos ITU que no lo son y es frecuente que no pensemos en malaria cuando hay fiebre sin foco. En todo paciente con fiebre y clínica inespecífica o sin foco que haya estado en zona endémica de malaria en los últimos 6 meses, o tenga antecedentes de malaria, incluso hace años, hay que pensar en este diagnóstico. Los hipnozoitos de vivax y ovale se pueden acantonar en hígado semanas, meses e incluso años. La malaria grave puede aparecer con cualquiera de las especies, es raro en *Plasmodium ovale*.

P-1345

NEUMONÍA ORGANIZATIVA SECUNDARIA A TOXICIDAD POR CITOSTÁTICOS

A Cabezas Amurgos, R López González, LM Maestro Gilmarín,
A Alonso Arévalo, A Álvarez Rodríguez, M Matías Flecha

Complejo Asistencial Universitario de León

PALABRAS CLAVE: oxaliplatino-toxicidad-neumonía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: El oxaliplatino es un agente alquilante indicado en la terapia de la neoplasia colorrectal. La toxicidad pulmonar del tratamiento no es frecuente, pero sí posible. **OBJETIVO** Presentamos el caso de un paciente con edema pulmonar no cardiogénico secundario a oxaliplatino y destacamos la importancia de su diagnóstico diferencial con otras patologías de origen infeccioso o cardiológico, con el fin de plantear un tratamiento correcto. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO** Varón de 62 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por fiebre (39°C), disnea y tos con expectoración amarillenta. Antecedentes personales: intervención de cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia (oxaliplatino). Los días previos al ingreso está en tratamiento con levofloxacino por infección respiratoria. Exploración: TA 145/67, temperatura 36,8°C, SatO2 93%. Hemograma: 7900 leucocitos, hemoglobina 12 y plaquetas 100.000. Bioquímica normal, PCR 55. Gasometría arterial: PO2 62, PCO2 33, pH 7,4. Rx tórax en Urgencias: condensación perihilar bilateral. Con estos datos el paciente ingresa en el Servicio de Neumología con la sospecha de neumonía bilateral. Durante el ingreso se solicitan: Antígenos de Neumococo y Legionella en orina (negativos), BK negativos. PCR negativa para Virus Influenza en frotis nasofaríngeo. Se descarta neumocistis. El ecocardiograma descarta endocarditis (función sistólica conservada). Se instauro tratamiento con antibiótico de amplio espectro (Piperacilina/Tazobactam)+Tamiflú +diuréticos ante la posibilidad de edema cardiogénico. El paciente experimenta mejoría clínica y es dado de alta con diagnóstico de sospecha de proceso infeccioso, edema y/o toxicidad por quimioterapia. A la semana el paciente reingresa por febrícula, tos y expectoración hemoptoica tras suspender el tratamiento con corticoides y diuréticos. En Rx tórax presenta condensaciones perihiliares más acusadas en hemitórax derecho. **RESULTADOS** Tras descartar nuevamente etiología infecciosa o cardiológica, se instauro tratamiento con corticoides, evolucionando favorablemente. Alta hospitalaria con diagnóstico de neumonía organizativa secundaria a toxicidad por quimioterapia (oxaliplatino).

CONCLUSIONES:

El tratamiento de neoplasias genera múltiples urgencias oncológicas de etiología diversa (toxicidad, inmunosupresión, infecciones, progresión de la enfermedad, etc.). Ante sintomatología inespecífica respiratoria en el paciente con quimioterapia debe considerarse siempre la toxicidad iatrogénica, habiendo descartado otras posibles causas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1346

PACIENTE CON ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE NEUMONÍA
Y DIAGNÓSTICO FINAL DE EMBOLIA PULMONAR

JM Ruiz Zafra (1), M Jiménez Redondo (2), V Jiménez Carrilero (2),
R Rivera Ollero (3), N Farré Pallarés (3), I Bardés Robles (1)

(1) Hospital Universitario de Bellvitge. (2) Hospital Duran i Reynals.
(4) Clínica Guadalupe. Barcelona

PALABRAS CLAVE: cáncer laringe-neumonía-embolia pulmonar

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años con antecedentes de cáncer de laringe T3N0, en tratamiento con quimioterapia. Acude por dolor costal derecho, fiebre y expectoración mucopurulenta a la Unidad de Soporte de Atención Continuada (USAC). A la exploración física sólo destacan discreta hipofonosis basal derecha y crepitantes. La radiografía de tórax muestra discreto derrame pleural derecho. La analítica muestra discreta leucocitosis (13400 leucocitos) y D- dímero de 850 (normal < 250) y el ECG es normal. Orientado como neumonía basal derecha se comenta con la Unidad de Corta Estancia de Urgencias (UCEU), e ingresa en dicha unidad para continuar tratamiento y control evolutivo. Ingresado en UCEU se sospecha desde el primer momento la posibilidad de embolia pulmonar. Se le realiza tomografía axial computerizada (TAC) que descarta proceso neumónico y confirma la sospecha diagnóstica de embolia pulmonar segmentaria. Se inicia descoagulación y se retira antibiótico. El paciente se mantiene afebril y estable clínicamente. Se da el alta a domicilio a los 2 días del ingreso en UCEU con tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIONES:

Los pacientes oncológicos y en tratamiento con quimioterapia pertenecen a la población de riesgo de presentar eventos tromboembólicos. Una clínica como la del presente caso: dolor pleurítico, febrícula, hipofonosis y derrame pleural sugieren el diagnóstico de embolia pulmonar. Si no es una embolia pulmonar masiva, pacientes seleccionados con dicha afección pueden beneficiarse de un ingreso de corta estancia.

P-1348

CUANDO LA LUMBALGIA NO ES LO QUE PARECE

O Yuguero Torres, A Moreno Pena, A Marí López, A Vena Martínez,
C Llobet Pina, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: endocarditis-espondilocistitis-lumbalgia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 53 años sin FRCV con Lumbociatalgia crónica, Radiculopatía S1, Espondiloartrosis lumbar moderada, Enfermedad de Dupuytren del primer dedo de la mano izquierda en enero de 2017 (19/01/2017). Niega manipulaciones dentales, heridas cutáneas (salvo cirugía local el 19/01/2017). Sin alergias medicamentosas conocidas. Enfermedad actual Refiere dolor lumbar y fiebre de predominio vespertino de hasta 38 °C de un mes de evolución. Inicio de la clínica tras realizar un sobre esfuerzo físico. Acude al CAP, se valora y se orienta como dolor mecánico ajustando su dosis de tratamiento antiinflamatorio - sintomático. Persistencia de la clínica y agudización de la misma en la última semana cuando refiere fiebre acompañada de escalofríos y sudoración profusa en cualquier momento del día de hasta 40° y aumento de intensidad del dolor lumbar, el cual ha llegado a ser invalidante, dificultando la movilidad del paciente (el paciente refiere estar el día en la cama para controlar mejor el dolor). Ante la no mejora decide acudir a urgencias. El paciente niega clínica compatible con infección respiratoria, digestiva o urinaria los días previos. Niega valoración - manipulación reciente por el dentista (presencia de caries no dolorosa) y niega haberse realizado cualquier tipo de prueba que requiera manipulación de forma reciente. Durante su estancia en urgencias, persistencia del dolor lumbar el cual le es invalidante para realizar cualquier tipo de movimiento y fiebre de hasta 40°C. Niega disnea, dolor torácico y palpitaciones. En exploración física se objetiva soplo sistólico no descrito previamente. Se realiza ETT que evidencia imagen vibrátil en velo no coronario de 33 x 10 mm sugestiva de endocarditis aórtica e insuficiencia aórtica. Se orienta como posible endocarditis aórtica complicada con insuficiencia aórtica severa +/- probable espondilocistitis lumbar. Se procede al ingreso y se decide iniciar antibioterapia. Finalmente, se realiza recambio valvular y mejoría clínica tras el tratamiento antibiótico, con buen control del dolor lumbar y mejoría de la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIONES:

Ante los pacientes con lumbalgia deben realizarse una anamnesis adecuada, y explorar el resto de sistemas. El hallazgo de un soplo sistólico de novo, cambió la orientación diagnóstica y evitó el retraso del tratamiento quirúrgico y antibiótico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1350

Y PARECÍA UN SIMPLE DOLOR ABDOMINAL...

N Leco Gil, MJ Durán Gallego, G Delgado Cárdenas, S Fernández Fernández

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

PALABRAS CLAVE: fascitis-necrosis-infección

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 61 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, intervenido hace 1 mes de gastrectomía subtotal programada con anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux por úlcera gástrica con sospecha de malignidad, que acude a urgencias por dolor en hemiabdomen izquierdo desde hace 4 días, asociando hiporexia y deposiciones más oscuras, sin fiebre termometrada. A la EF: TA 127/80 mmHg, FC 137 lpm, T° 35.5°C, saturación de oxígeno basal al 95%, mal estado general, sudoroso, pálido, taquipneico a unas 25 rpm. Tórax: ACP: rítmica, MVC, sin ruidos patológicos audibles. Abdomen: cicatriz de laparotomía media con grapas, sin supuración activa, con dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, con defensa, empastamiento, eritema y aumento de temperatura local con edema de pared y crepitación en esa zona. RHA presentes y normales. Tacto rectal: dedo de guante limpio. Se solicita analítica completa con gasometría venosa, hemocultivos, RX tórax, TAC abdominal y valoración por parte de Cirugía general, iniciándose tratamiento inmediatamente con sueroterapia y piperacilina- tazobactam iv ante la sospecha de sepsis de origen abdominal. En analítica se objetiva PCR de 52 con 10500 leucocitos, pH 7.43 y lactato de 7.5, con mínima coagulopatía. En TAC abdominal se evidencia perforación de anastomosis gastroyeyunal, absceso en hipocondrio izquierdo y fascitis necrotizante de flanco izquierdo. Ante estos hallazgos, se procede a intervención quirúrgica urgente.

CONCLUSIONES:

Siempre hay que correlacionar los hallazgos clínicos (en este caso dolor, empastamiento y crepitación en hemiabdomen izquierdo) con los antecedentes personales del paciente (gastrectomía reciente), puesto que en nuestro caso es de vital importancia el tratamiento precoz tanto médico como quirúrgico, dado que el manejo anticipado de esta patología puede ser decisivo en el pronóstico y resolución de la misma.

P-1351

ME FALTA EL AIRE... Á PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO

E Piñero Flores (1), M Ruiz Ojeda (2), M Blanca Segura (3), E López Berrocal (4), F Rico Rodríguez (5), A López Sánchez (5)

(1) Consultorio Bornos. Zona Básica Villamartín (Cádiz).

(2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Pozoblanco (Córdoba).

(3) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Peñarroya-Pueblonuevo (Córdoba).

(4) Centro de Salud de Ubrique (Cádiz)

PALABRAS CLAVE: dyspnea-pulmonary embolism-antiphospholipid syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 18 años con antecedentes personales de interés rinoconjuntivitis estacional, sin hábitos tóxicos, deportista, sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a urgencias de atención primaria por sensación disneica de una semana de evolución, que ha aumentado en el último día hasta hacerse casi de reposo. Nos comenta que acudió en varias ocasiones a su médico y fue tratado como una hiperreactividad bronquial, pautándose terapia con corticoides inhalados y con agonistas B2 adrenérgicos sin mejoría. A su llegada el paciente niega dolor torácico, solo sensación disneica. A la exploración física destaca cianosis peribucal. En auscultación cardio-pulmonar: tonos taquicardicos, con disminución de murmullo vesicular y alguna sibilancia dispersa. Las constantes normales salvo saturación de oxígeno (Sat O2) 89% que a pesar de administrar aerosolterapia y oxigenoterapia no mejoraba. Se traslada al hospital para completar estudio por la insuficiencia respiratoria que presentaba. A su llegada con oxigenoterapia mantiene SatO2 90-93%, allí completan estudio con radiografía de tórax con resultado normal, gasometría arterial que presenta hipoxemia y alcalosis respiratoria, analítica con leucocitosis y proteína c reactiva elevada y el electrocardiograma con presencia de taquicardia sinusal. Permanece en observación para tratamiento, sin buena evolución. Avisan al internista que completa analítica con dímero D con resultado 600 ng/ml y marcadores cardiacos normales. Debido a su mala evolución se solicita tomografía axial computerizada torácico informado con tromboembolismo pulmonar derecho, ecografía doppler de miembros inferiores normal. El paciente ingresa en planta de medicina interna para completar estudio y posibles causas, tras lo cual se demostró hipercoagulabilidad genética (anticuerpo antifosfolipidos).

CONCLUSIONES:

El tromboembolismo pulmonar es la oclusión de parte del sistema arterial o venoso de los pulmones a causa de un embolo o trombo y que en el 95% de los casos se debe a la enfermedad venosa de miembro inferior. En los adolescentes el dolor pleurítico es la forma más común de presentación, otras molestias asociadas incluyen disnea, tos, hemoptisis. Presenta elevada mortalidad. Su diagnóstico es difícil ya que puede acompañar o simular otras enfermedades cardiovasculares. Las pruebas diagnosticas no invasivas tienen baja especificidad y sensibilidad.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1352

TAQUICARDIA SINUSAL APROPIADA
(O LOS ÁRBOLES IMPIDEN VER EL BOSQUE)

M Najarro de la Parra, R Ramírez (1), M Sánchez Pérez,
LM Román, N Díaz, MJ Estévez Rueda, R Penedo Alonso

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: taquicardia sinusal-perforación intestinal-sepsis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 54 años. Prolapso mitral. Trastorno obsesivo. Obesidad. En tratamiento con anafranil y alprazolam. Acude a urgencias a las 5 am por dolor abdominal muy intenso (EVA 10) localizado en epigastrio e irradiado de forma difusa a todo el abdomen. Estreñimiento asociado (última deposición el día previo, dura y escasa). Exploración TA 103/81, FC 140 Sat O2 98%. Impresiona de mal estado general, afectada por dolor, diaforética, pálida, deshidratada. AC: rítmica. AP: mvc. Abd: globuloso, distendido, blando y depresible, muy doloroso a la palpación superficial de toda la pared abdominal, sobre todo en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. No soplos. Peristaltismo conservado. Tacto rectal: esfínter normotónico, ampolla rectal llena de heces de consistencia dura y coloración normal, sin masas. EE: pulsos+. Analítica: bioquímica: gluc 177, LDH 312, resto de parámetros (creat, iones, perfil hepático, amilasa y lipasa) en rango. PCR 154. Hemograma con leucopenia (leucos 3.150) sin otros datos reseñables. En ECG: taquicardia sinusal. Rx abdomen sin signos de obstrucción. Evolución: se administra tramadol, primperan y pantoprazol iv, sin respuesta clínica, por lo que a los 90 minutos se administra dolantina sc y, ante persistencia de taquicardia, atenolol 25 mg vo. A las 7.50 h pasa a zona de monitorización para tratamiento de taquicardia sinusal. A su llegada al área de monitorización impresiona de gravedad, con TA 158/132, FR 30 rpm, FC 160 lpm, Sat O2 92% con gn a 2l/m, intenso dolor abdominal generalizado a la palpación superficial y profunda, con defensa y rebote. Se administra cl. mórfico en bolo y perfusión y se solicita TAC abdominal urgente, informado verbalmente de perforación de víscera hueca (probablemente colon). Entra en shock con TAs 40mmHg, Sat O2 91% con alto flujo, taquipnea a 46 rpm. Se procede a IOT, se inicia noradrenalina a 50 ml/h y pasa a quirófano, donde se le practica colectomía subtotal por neoformación en colon descendente y perforación a nivel de ciego.

CONCLUSIONES:

La taquicardia sinusal en este caso determina al inicio la actitud terapéutica, siendo en realidad un marcador y un dato clave de sepsis grave de origen abdominal.

P-1393

ALGO MÁS QUE UN DOLOR DE GARGANTA

JJ Jaén Conde, FJ Luque Sánchez, AA Oviedo García

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: pneumomediastinum-subcutaneous emphysema-chest pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Adolescente femenina de 17 años, sin antecedentes personales de interés, salvo tratamiento antibiótico por sinusitis frontal en los días previos, que tras ataque brusco de tos comienza con dolor intenso de garganta y región cervical. A la exploración física únicamente destacaba ligero enfisema subcutáneo en región cervical anterior. Las pruebas complementarias mostraban normalidad en los análisis de laboratorio y una radiografía de tórax con enfisema subcutáneo en cuello y región superior del tórax, con línea de neumomediastino a la izquierda. Ante este signo, se solicitó tomografía axial computerizada de tórax, confirmando el neumomediastino que se extendía hacia región cervical y rodeaba tráquea, esófago y troncos supraaórticos, con parénquima pulmonar, espacio pleural y laringe sin alteraciones. La paciente fue ingresada en el Servicio de Neumología presentando evolución favorable, desaparición de los signos de enfisema subcutáneo y alta hospitalaria al cuarto día. El Síndrome de Hamman o neumomediastino espontáneo (NME) se caracteriza por la presencia de aire en el espacio mediastínico sin que exista una causa traumática o quirúrgica previa. Es un proceso poco frecuente que afecta principalmente a varones jóvenes sanos. Diferentes factores predisponentes se han implicado en su aparición: asma, EPOC, quimioterapia, radioterapia, consumo de drogas inhaladas y de diseño, siendo los desencadenantes habituales la tos, ejercicio físico y actividades relacionadas con la maniobra de Valsalva. Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor torácico agudo junto con disnea. Dolor cervical, disfagia, odinofagia, disfonía son síntomas que aparecen con frecuencia. Un signo frecuente es la presencia de enfisema subcutáneo. Característico, aunque poco frecuente, es la auscultación de un crujido en la región precordial sincrónico con los latidos del corazón que se denomina signo de Hamman. La radiografía de tórax permite habitualmente la confirmación diagnóstica, apreciándose aire alrededor del corazón, de los grandes vasos y del mediastino. El tratamiento es conservador, basado en reposo, oxigenoterapia y analgesia.

CONCLUSIONES:

El NME es una enfermedad inusual, normalmente benigna y auto-limitada, que raramente presenta complicaciones graves. Dada la variabilidad clínica en su forma de presentación requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. La radiografía simple de tórax es el procedimiento diagnóstico indicado.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1399

IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL

MB Moltó García, IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez,
J Roca Guiseris

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: pulmonary abscess-dental anomalies-fever

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 57 años, fumadora de 20 cigarrillos/día, que acude al servicio de urgencias manifestando desde hace un mes cuadro de fiebre intermitente (hasta 38°C), generalmente vespertina, malestar general con leves molestias en costado derecho de tipo pleuromecánico. Pérdida de 2-3 kg. En la exploración destaca delgadez, SO2 93%, boca séptica con falta de varias piezas dentarias e hipofonías generalizadas más acentuada en base derecha donde se aprecian crepitantes, abolición del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales. Analítica: Leucocitosis 24000(82%PMN)-->13000(72%PMN), HB 11-->9, plaquetas 79000-->95800. PCR>480-->137. Fibrinógeno 1128. Rx de Torax: gran cavidad de paredes gruesas y nivel hidroaéreo inferior, en hemitórax derecho. TC Torax: Derrame pleural dcho. Atelectasias laminares basales derechas. Imén ovalada y pared gruesa con nivel hidroaéreo en su interior de 11x7x15 cm en hemitorax derecho. Adenopatías mediastínicas pretraqueales, subcarinales y paratraqueales derechas. Cultivo de esputo y broncoaspirado, hongos y baciloscopia: negativos Evolución: Con antibioticoterapia empírica y fisioterapia la evolución fue favorable con evacuación de gran parte del contenido de la lesión abscesificada, afebril durante ingreso y mejorando clínica de anorexia, decaimiento. El control radiológico previo al alta mostraba mínimo nivel hidroaéreo con gran cavidad que se fue resolviendo tras revisiones posteriores con su total desaparición. La paciente en la actualidad no presenta fiebre, ha ganado peso y en la radiografía de control no presenta imagen de cavitación.

CONCLUSIONES:

La fiebre de origen desconocido o malestar general son un motivo muy frecuente de consulta en los servicios de urgencias. La realización de pruebas analíticas o imagen nos permiten llegar a un diagnóstico. En nuestro caso el de absceso pulmonar de probable origen odontógeno, por mala higiene. El absceso pulmonar es una infección del parénquima causado por bacterias (generalmente de la boca o faringe) que ocasionan un área de necrosis tisular que progresa a la supuración y da lugar a la cavitación. La vía más frecuente es la aspiración por vía traqueobronquial de material infectado, procedente de las vías respiratorias altas. En este caso la presencia de sepsis oral (gingivitis, piorrea) juega un papel fundamental al proporcionar el germen infectante. De ahí la importancia de cuidar hábitos diarios como la higiene bucal y evitar hábitos tóxicos como el tabaco.

P-1401

SEPSIS RESPIRATORIA, ALGO MÁS QUE UNA NEUMONÍA

MP Oliete Blanco (1), S Alcalde López (2), MT Fernández Letamendi (1),
AM Díaz de Tuesta Chow Quan (1), L Usieto López (1),
MA Javierre Loris (1)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (2) Hospital de Jaca. Huesca

PALABRAS CLAVE: sepsis-empiema-toracocentesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 56 años de edad con antecedentes personales de hepatitis B y C y enolismo importante que acude a urgencias para valoración de dolor en hemitórax derecho de 15 días de evolución acompañado de fiebre de 39°. A penas tos ni expectoración. A la exploración física: Tensión arterial: 106/63 Frecuencia cardíaca: 105 lpm Temperatura: 38° Saturación Oxígeno: 94% Regular estado general. Sequedad de mucosas Auscultación pulmonar: hipoventilación mitad inferior derecha Resto de exploración sin hallazgos relevantes. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica de sangre: 17000 leucocitos (80% neutrófilos). Hematocrito 35%. Leve insuficiencia renal con iones normales. PCR 26. Procalcitonina 8. Actividad de protrombina 71%. Radiografía de tórax: aumento de densidad basal izquierda compatible con neumonía y lesión espiculada en lóbulo superior izquierdo sugerente de neoplasia Ante la afectación de estado general y datos de sepsis en analítica sanguínea se decide ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico endovenoso y completar estudio ante sospecha de enfermedad neoplásica subyacente. Durante su permanencia en sala de observación el paciente evoluciona tórpidamente con aumento del trabajo respiratorio e hipotensión arterial. Se decide realización de TAC torácico urgente visualizándose empiema derecho loculado y múltiples pequeñas burbujas diseminadas. Atelectasia casi completa de dicho hemitórax. Carcinoma pulmonar apical izquierdo con varios nódulos satélites. Importantes adenopatías mediastínicas. Ante estos hallazgos se consulta con Cirugía Torácica para valoración de drenaje torácico urgente con salida de más de 1500 cc de líquido purulento, espeso y fétido. A partir de entonces el paciente presenta mejoría de la situación respiratoria y general. Ingresa en planta de hospitalización de Infecciosos para completar resolución del proceso infeccioso agudo y se consulta con el Servicio de Neumología para estudio de posible neoplasia subyacente.

CONCLUSIONES:

El empiema generalmente es causado por una infección que se disemina desde el pulmón, acumulándose pus en el espacio pleural. El espectro de microorganismos causales es diferente según enfermedades previas o factores de riesgo del paciente. La actuación terapéutica se dirige de forma simultánea al control de la infección mediante el tratamiento antibiótico y valoración de la indicación de drenaje torácico por toracostomía.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1403

HOY NO ME PUEDO LEVANTAR...

ML López Grima, B Salvador Montero, B Arcos Rodríguez,
A García Moreno, MA Juan Gómez, L Sánchez Suárez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: VIH-urgencias-toxoplasmosis

ÁMBITO DEL CASO:

nada

HISTORIA CLÍNICA:

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 37 años, remitido a Urgencias por su Médico por ánimo deprimido de un mes de evolución tras despedido laboral, sin respuesta a tratamiento prescrito, hasta permanecer en cama desde hacía 48 horas. Astenia, anorexia y pérdida 5 kgs de peso con escasa ingesta. En los últimos 3 días febrícula de hasta 37,4°C, con rinorrea y tos seca. A la exploración física, estable hemodinámicamente con temperatura axilar 38,8°C, destaca facies inexpresiva, con bradipsiquia y enlentecimiento motor, sin más focalidad neurológica. A nivel de orofaringe, lesiones compatibles con candidiasis (que el paciente refería presentes desde hacía un mes). El resto de la exploración física fue normal, y no presentaba rigidez de nuca ni adenopatías en los principales grupos ganglionares. Se solicitó una analítica sanguínea, test rápido de detección de virus de gripe, y ante la presencia de candidiasis orofaríngea, anticuerpos de virus de la inmunodeficiencia humana. Dada la bradipsiquia, se solicitó TC craneal VIH positivo. Test rápido gripe negativo TAC craneal: Lesión única, heterogénea, mal definida, predominantemente hipodensa, a nivel tálamocapsular derecha, con un realce en anillo incompleto, con efecto masa sobre asta frontal y desviación de 2 mm de línea media (linfoma primario o glioma de alto grado) Se decidió ingreso en Medicina Interna con diagnóstico de LOE cerebral + infección por VIH. En planta se confirma diagnóstico de VIH (ARN QT-PCR con carga viral 103000 copias, CD4 30/mm³), con serología de toxoplasma positiva Se inició de forma empírica tratamiento de toxoplasmosis con respuesta clínica lenta, junto con tratamiento antirretroviral, permaneciendo el paciente al alta asintomático.

CONCLUSIONES:

El VIH actualmente se diagnostica en estadios más precoces de la enfermedad, pero a nuestros servicios pueden acudir pacientes nunca diagnosticados con manifestaciones asociadas a inmunodepresión severa, que por menos frecuentes no se consideran. Las lesiones cerebrales pueden debutar de formas atípicas, que siempre debemos considerar en el diagnóstico diferencial de los trastornos del estado de ánimo de presentación atípica, en especial en pacientes jóvenes con bradipsiquia.

P-1404

DOCTOR, LA GASTROENTERITIS ME DA DOLOR EN EL PECHO

MM Portillo Cano, F Oltra Hostalet, JC Álvarez Benítez,
B Balonga Tomás, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: gastroenteritis-salmonella-miocarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se recogen 2 casos, ambos varones de 32 y 33 años, sin antecedentes personales que consultan por cuadro de dolor centrotorácico punzante/quemante, intermitente, de características atípicas, sin cortejo vegetativo. Refieren cuadro de toxiinfección alimentaria, desde hacía unas 72h, que relacionan con la ingesta de huevo. Hay unos 7 afectados en diferentes grados. Les prescribieron septrim hacía unas 48h con mejoría clínica del cuadro. En EKG se objetiva en 1 de los pacientes, elevación del ST en precordiales con onda T picuda, siendo normal en el otro. En la bioquímica se detecta elevación de troponina T (495, 295, respectivamente) y de CPK, con menor elevación de PCR. Radiografías de tórax normales. Se ingresan en Observación donde se realizan Ecocardiografía con función sistólica conservada. Coprocultivo previo aislándose Salmonella entérica grupo C. Se inició tratamiento con paracetamol, IECA y beta-bloqueante. En planta se realiza CardioRMN objetivándose realce tardío de distribución subepicárdica e intramiocárdica, de forma parcheada en toda la pared antero-lateral e infero-lateral confirmándose el diagnóstico de miocarditis. Ambos tuvieron en planta una correcta evolución siendo dados de alta.

CONCLUSIONES:

La salmonelosis es una enfermedad bacteriana causada por un bacilo Gram negativo del género Salmonella que se manifiesta por diarrea, vómitos y fiebre que suele autolimitarse. La bacteremia o las complicaciones extraintestinales son raras en inmunocompetentes. La miocarditis después de Salmonella spp, no es frecuente, siendo su incidencia real desconocida. La evolución a miocardiopatía dilatada y muerte súbita son complicaciones de la miocarditis, por lo que es importante que el médico de urgencias excluya este diagnóstico ante un paciente con gastroenteritis que aqueja dolor en el pecho, como en nuestros casos. Nuestros pacientes eran inmunocompetentes, no pudiéndose establecer bacteriemia o sepsis como posible explicación de la afectación miocárdica, la cual podía haber pasado desapercibida sin la determinación de la troponina T. Por lo que es muy importante la realización de la misma para su diagnóstico ante la sospecha de posible miocarditis que como vemos fue confirmada por CardioRMN y con el coprocultivo positivo para Salmonella evidenciando la única causa posible de la miopericarditis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1412

UNA NEUMONÍA MUY ATÍPICA

M Quero Escalada, L Hernández Castell, L Sánchez Amo,
P Pardo Rovira, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-trombosis-fiebre

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 45 años sin antecedentes de interés. Consulta en urgencias por dolor torácico pleuromecánico sin otra sintomatología, cuadro catarral días previos. Constantes, exploración física y electrocardiograma normales. Radiografía tórax: obliteración seno costodiafrágico lateral izquierdo, dudosa consolidación que podría corresponder a hipoventilación por dolor, sin poder descartar neumonía, no fracturas. Diagnóstico: neumonía. Alta con analgesia y Levofloxacino. Diez días después, terminado antibiótico el día previo, acude por fiebre de 5 días de evolución, vespertina. Mejoría del dolor, disnea ocasional con la inspiración profunda y molestia en piernas sin calor ni edemas. TA:115/77,FC:99 lpm, afebril. Saturación:97%. Iniciado estudio: Electrocardiograma: ritmo sinusal, 90lpm. Rectificación ascendente del ST generalizada, descenso de PR cara inferior. Radiografía tórax: similar a previa Analítica: PCR:6,39mg/dL, troponina:0,170mg/mL. Resto sin alteraciones, pendiente D-dímero. Sospecha inicial: miopericarditis, baja probabilidad clínica de TEP, realizando Ecocardiograma transtorácico: mínimo despegamiento de hojas pericárdicas. FEVI conservada, ventrículos normales, aurículas no dilatadas. Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 35 mmHg. D-dímero:94200 ng/mL. AngioTC-arterias pulmonares: defectos de repleción extensos bilaterales. Infarto pulmonar LII y llingula. Múltiples nódulos tiroideos, LOES hepáticas. Trombosis venosa profunda parcial vena poplítea izquierda y sus tributarias peroneas. Diagnóstico final: TEP extenso sin compromiso hemodinámico ni dilatación VD, elevación de marcadores de daño miocárdico en el contexto. Iniciada anticoagulación, paciente permanece estable, ingresa en planta. Completado estudio: ecografía cuello: aumento de tiroides, varios nódulos probablemente benignos, TAC abdominal: hallazgos compatibles con neoplasia de colon, metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal.

CONCLUSIONES:

El TEP es una enfermedad común y a veces fatal. Requiere alto grado de sospecha y evitar riesgos de pruebas innecesarias. La clínica es muy variable desde pacientes asintomáticos hasta síncope y muerte súbita. Lo más común es disnea y dolor torácico bruscos (>50%). La fiebre aparece en 3% simulando neumonía. Las pruebas de laboratorio no son diagnósticas, ayudan a confirmar o descartar otras alternativas y proporcionan información pronóstica. El D-dímero es muy útil como apoyo a modelos de probabilidad clínica pretest. Cuando está indicada, la prueba de imagen de elección, es la angio-TC-arterias pulmonares salvo excepciones. La secuencia diagnóstica y de tratamiento depende de la estabilidad hemodinámica con la administración precoz de heparina y fibrinólisis cuando exista inestabilidad.

P-1413

PARACA CARDIACA POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) BILATERAL MASIVO

MC Munuera Barahona, MR Martínez Herráez, D Lahoz Rodríguez,
V Estaben Boldova, AC Cabistany Esque, F López López

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: trombosis-choque-paro cardiaco

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 70 años, hipertensa, dislipémica, obesa, acude a urgencias por disnea de reposo y síncope. A su llegada, fibrilación auricular no conocida, hipóxica, se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI). DDimero en analítica >6000, se solicita angio TC toracico: TEP bilateral con signos de sobrecarga derecha. Al salir del TAC sufre disnea brusca con cianosis central y signos de parada cardiaca (PC) con actividad eléctrica sin pulso iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPA) recuperando pulso central tras 15 minutos durante los cuales se realiza fibrinólisis con Actilyse (bolo de 10mg iv y después perfusión de 90mg iv en bomba en dos horas), intubación (IOT) y canalización de vía central de acceso femoral. Sufre de nuevo PC, recuperando pulso central tras 10 minutos de RCPA, procediendo a su ingreso en UCI Se realiza ecocardiografía: importante dilatación de ventrículo derecho con trombos en cava inferior. Tras noradrenalina (NAD) a dosis crecientes y adrenalina a dosis altas y compromiso respiratorio se procede a trombectomía mecánica con resultado subóptimo, siendo imposible recanalizar por completo troncos pulmonares por lo que se opta por colocar catéter pig tail y realizar lavado con urokinasa. Paciente en shock obstructivo refractario a medidas aplicadas y con anuria: se inicia Hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC). Posteriormente con shock refractario a dosis máximas de vasopresores e inotropos con datos de vasoplejía severa además de hipertensión pulmonar severa se inicia tratamiento con óxido nítrico, y como última medida terapéutica para remontar la situación hemodinámica se inicia vasopresiva a dosis crecientes. Alcanzando techo terapéutico y en situación de fracaso multiorgánico (FMO) fallece la paciente.

CONCLUSIONES:

La clínica en el TEP es muy variada e inespecífica. El D-Dímero, prueba de cribado altamente sensible pero inespecífica para el diagnóstico, tiene un alto valor predictivo negativo (hasta el 99,5% si se combina con baja probabilidad clínica), aunque su negatividad no excluye el TEP si la sospecha clínica es alta. El TEP es una urgencia cardio-vascular relativamente común, potencialmente reversible que pone en peligro la vida del paciente, es muy importante una correcta historia clínica lo antes posible y la toma precoz de decisiones según los protocolos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1414

EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO,
SU CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

AF Perea Fernández, J Beteta Moya, MD Fontecha Olid,
JE Cobo Muñoz

Hospital Ciudad de Jaén

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo pulmonar-diagnóstico-tratamiento

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 65 años que desde hace meses presenta disnea de esfuerzo progresiva, diagnosticada por su médico de bronquitis. Desde hace 3 días, disnea de reposo, dolor centrotorácico opresivo y hoy mareo con dolor en pierna izquierda e hinchazón por lo que acude a urgencias. Antecedentes de HTA, psoriasis e insuficiencia venosa crónica en tratamiento. A su llegada a urgencias, TA 136/92, FC 130, Saturación del 92%. Regular estado general, no cianosis y taquipneica. A la auscultación tonos rítmicos, taquicardicos, soplo tricúspide leve, con crepitantes finos en bases, miembros inferiores con edemas leves, no signos de TVP. En analítica destaca TP 10,12, Dímero D de 7.350 y gasometría arterial con pO₂ 52, pcO₂ 35, saturación 88%. Radiografía de tórax con sobrecarga derecha. Ante sospecha de TEP se solicita AngioTAC torácico que informa como tromboembolismo pulmonar masivo y signos de ICC derecha. Se consulta con UCI, y dada estabilidad clínica se ingresa en planta de neumología con HBPM sc, donde empeora con más taquicardia, hipoxia e hipertensión por lo que se ingresa en UCI realizándose ETT apreciando VD dilatado, insuficiencia tricúspide, VI hipertrófico sin alteración de contractilidad, se pasa a heparina sódica ev y no fibrinólisis salvo empeoramiento, controlándose TA y situación hemodinámica con mejoría de la insuficiencia respiratoria y función sistólica de VD, volviendo a planta con HBPM sc.

CONCLUSIONES:

El TEP tiene una morbimortalidad elevada. El masivo está asociado a peor pronóstico y tasas de mortalidad de 65% en fase aguda. La mayoría de muertes es por fallo cardíaco refractario. La presencia de disfunción o fallo ventricular derecha 2º a sobrecarga de presión, es el elemento fisiopatológico más importante para definir gravedad y pronóstico. Los TEP masivos requieren permeabilización inmediata, ya sea farmacológica o mecánica de las arterias pulmonares ocluidas. Los trombolíticos favorecen la lisis de fibrina, a diferencia de la heparina que solamente produce reducción pasiva del tamaño del trombo. La trombolisis es de primera línea si hay clínica de shock cardiogénico o hipotensión persistente y terapias mecánicas si contraindicación a trombolisis. En riesgo intermedio individualizar y no usar en bajo riesgo la trombolisis usando heparina.

P-1421

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA COMO EXPRESIÓN
DE ENCEFALOMIELITIS

P Sánchez López, I Atienza Garrido, R Díaz Contreras,
M García Zurita, E Pascual Pastor, E Tovar Jorge, MJ Serrano Gil

Hospital de Manises. Valencia

PALABRAS CLAVE: retención orina-encefalitis-mielitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

La encefalomielitis es una afección difusa neurológica con inflamación del cerebro y médula espinal por un daño a la mielina. Puede cursar con clínica inespecífica por lo que es fundamental su sospecha clínica. Presentamos el caso clínico de una encefalomielitis aguda con síntoma principal de retención aguda de orina. Se trata de una mujer de 35 años que presenta cuadro de retención urinaria de dos días de evolución con náuseas y lumbalgia. Había acudido a urgencias el día anterior precisando sondaje vesical. Posteriormente presenta cuadro de vómitos, pico febril e inicia parestesias en piernas de predominio distal y posteriormente en brazos, con dolor lumbar que asciende a cuello y visión borrosa con diplopía. A la exploración destaca rigidez nuchal y nistagmus horizontovertical. La analítica muestra discreta leucocitosis con neutrofilia, con PCR y lactato normal. TC cerebral normal realizándose punción lumbar con extracción de líquido claro transparente con presencia de leucocitos de predominio mononucleares. Se inicia aciclovir iv ante sospecha de meningoencefalitis vírica, en espera de resultados de cultivo del líquido finalmente negativo. En el ingreso se realiza RMN que muestra hiperintensidad central a lo largo de la médula espinal sin tumefacción ni realce compatible con mielitis posiblemente viral. Se inicia tratamiento con corticoides iv con posterior mejoría clínica pero con persistencia de retención urinaria al alta. La encefalomielitis es de etiología múltiple y la clínica es variada (cefalea, déficit motor focal, alteración control esfínteres). El estudio del LCR permite descartar diagnósticos diferenciales y buscar el agente etiológico pudiendo ser, al igual que el TAC, normal hasta en un tercio de los casos. La RM cerebromedular es el estudio por imágenes de elección en el diagnóstico. El tratamiento de elección son corticoides en dosis elevadas. En caso de fracaso, se puede realizar plasmáferesis. El compromiso vesical es infrecuente en la meningitis, pero sí presente en la mielitis, y en ocasiones se prolonga varias semanas y en ausencia de causa identificable.

CONCLUSIONES:

La encefalomielitis es una patología inflamatoria del SNC poco frecuente y debemos tenerla presente en nuestra práctica clínica para iniciar tratamiento precoz y mejorar el pronóstico de estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1436

MEDIASTINITIS POR CUERPO EXTRAÑO

D Ferrer Serrano, S Rodríguez Priego, C Aparicio Borrego,
F Zambrano Quevedo, E Puga Montalvo, M Sánchez Ramos,
C Soria García

Hospital General

PALABRAS CLAVE: foreign body-pharyngeal abscess-mediastinitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 56 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de un puro diario, bebedor moderado, con antecedentes de dm tipo 2, con retinopatía diabética, HTA, hipercolesterolemia y amputación de miembro inferior derecho que acude al servicio de urgencias hospital tras haber ingerido un palillo mondadientes 48 horas antes. Refiere haber presentado sangrado por autoprovocación del vómito. En la primera exploración no se aprecia cuerpo extraño en faringe, lo valora el especialista en otorrinolaringología y es dado de alta al domicilio con tratamiento antibiótico oral. Diez días después acude de nuevo a las urgencias por odinofagia de 5 días de evolución, fiebre y sensación de cuerpo extraño en garganta con carraspeo constante que le produce sangrado. Destaca en la analítica leucocitosis con pcr elevada. Se realiza tac cuello: dilatación del espacio retrofaríngeo con gran contenido de aire y leve cantidad de líquido existiendo perforación en la pared posterior de la faringe a nivel de la epiglotis. No se visualiza aire en mediastino en este momento. El paciente queda ingresado en otorrinolaringología con tratamiento antibiótico y actitud expectante. Dos días después realizan TAC de control: colección retrofaríngea compatible con absceso. Cambios inflamatorios y gas en grasa mediastínica posterior. " con estos hallazgos sugerentes de mediastinitis se deriva al servicio de cirugía torácica que realiza intervención quirúrgica urgente en un primer tiempo con desbridamiento y drenaje de mediastino posterior y medio y en un segundo tiempo interviene otorrinolaringología. El paciente evoluciona en UCI con tratamiento antibiótico parenteral.

CONCLUSIONES:

1. Los cuerpos extraños son un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias. 2. La mayoría de los pacientes que consultan por ingestión de cuerpo extraño son asintomáticos, por tanto el manejo inicial es observación y explicar signos de alarma para reconsultar. 3. Tan solo el 1% de los pacientes que consulta por esta causa requiere tratamiento quirúrgico debido a las complicaciones asociadas. 4. La mediastinitis aguda es un cuadro clínico muy grave y de elevada mortalidad cuya causa más frecuente es la perforación esofágica e infecciones. Sus síntomas son fiebre, dolor en cuello, tórax, y enfisema en cuello y mediastino. Se diagnostica por Rx y TAC y se trata con desbridamiento, drenaje y antibioterapia parenteral.

P-1437

FASCITIS NECROTISANTE TIPO I: GANGRENA DE FOURNIER.
A PROPÓSITO DE UN CASO

R Ríos Gallardo, M Sánchez Moreno, JF Rodríguez Fernández,
E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: fascitis-necrosante-sepsis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 66 años. Alérgico a penicilinas. Hipertenso y obeso. FA permanente anticoagulada. EPOC con afectación grave y oxigenoterapia domiciliaria. Resección transuretral prostática por adenoma, reintervenido por estenosis uretral (sondaje permanente). Acude a urgencias por cuadro de 3 días de evolución de dolor y tumefacción testicular, presentando en el día previo episodio de retención aguda de orina, resuelto en domicilio con recambio de sonda. Desde entonces sensación distérmica, tiritera y oligoanuria. A la exploración, aceptable estado general, TA 146/81 mmHg, FC 102. Afebril. Destaca importante edema y eritema escrotal con lesión necrótica en testículo izquierdo. Se orienta el cuadro como posible gangrena de Fournier y se inicia antibioterapia empírica (metronidazol y aztreonam) a la espera de intervención quirúrgica urgente. En las pruebas complementarias destaca creatinina 2.57 mg/dL, urea 77 mg/dL, leucocitosis de 23840 (N 83.5 %, L 9.3%) e INR 7, por lo que se administra además complejo protrombínico y vitamina K. Se realiza cura en quirófano con escarectomía y desbridamiento, ingresando posteriormente en UCI. Se realiza nueva cura en quirófano a las 10 horas. El paciente presenta mala evolución durante las siguientes 24 horas, con inestabilidad hemodinámica, fiebre persistente y empeoramiento clínico. Se decide escalar antibioterapia (Vancomicina y meropenem). La evolución continúa siendo tórpida, produciéndose el fallecimiento a las 58 horas de su ingreso en urgencias.

CONCLUSIONES:

Las infecciones necrotizantes de tejidos blandos se caracterizan clínicamente por la destrucción fulminante del tejido, signos sistémicos de toxicidad y alta tasa de mortalidad. Hay dos categorías: tipo I (infección polimicrobiana) y tipo II (grupo A u otra infección estreptocócica beta-hemolítica). La fascitis necrotizante es una infección profunda del tejido subcutáneo que resulta en la destrucción progresiva de la fascia y la grasa. La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante tipo I que se origina por una infección de la región perineal, perianal, genital y del tercio inferior del abdomen. La exploración quirúrgica es la única forma de establecer el diagnóstico definitivo y distinguirlo de otras entidades. El tratamiento consiste en la exploración quirúrgica temprana y agresiva, desbridamiento del tejido necrótico, así como terapia antibiótica empírica de amplio espectro y soporte hemodinámico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1439

PLEURITIS GRANULOMATOSA ATÍPICA

R Rodríguez Herrero, M Solís López, P Cuesta Rodríguez,
N Rincón Valero, MJ Fernández Vázquez, MA Moreda Suárez,
S Nasep de Muñiz

Hospital de Cabueñes. Gijón

PALABRAS CLAVE: pleural-granulomatose-atypical

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 34 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor costal de características mecánicas de un mes de evolución que relaciona con su trabajo en un supermercado, cogiendo pesos, y que no mejora a pesar de antiinflamatorios y relajantes musculares. Fumadora de media cajetilla/día. Exploración física: ACP normal, abdomen sin hallazgos, dolor a la palpación costal derecha sin deformidades, resaltes, crepitaciones ni alteraciones de la integridad cutánea. Hemograma normal, bioquímica PCR 49,4, DímeroD 2220. Rx tórax: Pinzamiento seno costofrénico derecho. AngioTC pulmonar: No se observan defectos de repleción del árbol arterial pulmonar que sugieran tromboembolismo. Engrosamiento pleural difuso derecho que asocia pequeñas atelectasias laminares basales, discreta pérdida de volumen respecto al hemitórax contralateral. Micronódulo 5mm subpleural de localización paraespinal derecha en segmento superior L1D. Ingresa para estudio Ecografía torácica. Engrosamiento pleural derecho difuso, aproximadamente 5 mm espesor. En base atelectasia segmentaria que impresiona algo mayor que en TC. Destaca escasa movilidad o desplazamiento pulmonar con los movimientos respiratorios. Ecografía abdomino-pélvica. Esteatosis hepática. Resto normal. PET-TAC. Engrosamiento pleural derecho con captación patológica de F18 FDG. BAG Pleural. Tejido fibrocolágeno en el que se identifican dos formaciones granulomatosas, no necrotizantes y células tipo Langhans. Celularidad tipo epiteloide. Tinción de Ziehl Nielsen negativa para BAAR. Tras el resultado de la biopsia pleural se inicia tratamiento con rifampicina, etambutol y pirazinamida. Cultivo de pleura positivo para *M. Brisbane* (atípica similar a *M. fortuitum*). Diagnóstico Pleuritis Granulomatosa Crónica por *M. atípica*.

CONCLUSIONES:

Denominamos pleuritis a la inflamación de la pleura. Diagnóstico diferencial: causas infecciosas (las más frecuentes), traumáticas, neoplasias y otras (secundarias: pulmonares, colagenosis, renales, gastrointestinales, autoinmunes) pleuritis granulomatosa es la afectación tuberculosa de la pleura. La tuberculosis, aunque curable, sigue siendo una de las principales causas de muerte por agentes infecciosos en el mundo. El diagnóstico etiológico depende de la demostración microscópica de los BAAR y de su aislamiento e identificación en medios de cultivo. Aunque la tinción BAAR es un método simple y rápido presenta problemas respecto a su sensibilidad. Su diagnóstico correcto y temprano y el inicio de un tratamiento adecuado son importantes estrategias para evitar complicaciones graves y secuelas ventilatorias.

P-1440

CELULITIS PRESEPTAL

M Solís López, R Rodríguez Herrero, L Rivera García, B Pérez Deago,
MJ Fernández Vázquez, M Casanueva Gutiérrez, MA Moreda Suárez

Hospital de Cabueñes. Gijón

PALABRAS CLAVE: celulitis-septal-orbital

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Acude a nuestro servicio de Urgencias un varón de 18 años por edema palpebral izquierdo, cuadro catarral de 3-4 días de evolución y rinorrea purulenta sin fiebre. Como antecedentes el paciente presenta rinitis alérgica a ácaros, vacunado. No asmático. En la exploración física destaca el edema palpebral izquierdo superior e inferior con cierre casi completo del ojo. Rinorrea purulenta de meato medio izquierdo. No hiperemia conjuntival. Pupila redonda y reactiva. Motilidad ocular extrínseca normal. Papila normal en el Fondo de Ojo. Hemograma con leucocitosis leve Tc senos: ocupación parcial con engrosamiento mucoso y quiste de retención en seno maxilar izquierdo y ocupación de gran parte de celdillas etmoidales, apreciándose un pequeño despegamiento perióstico en la cara orbitaria de la lámina papirácea con engrosamiento de partes blandas a nivel preseptal fundamentalmente en su porción medial. Hallazgos compatibles con proceso inflamatorio sin evidencia de formaciones abscesificadas. El paciente queda ingresado en el Servicio de Otorrinolaringología con diagnóstico de celulitis preseptal izquierda secundaria a etmoiditis izquierda en relación con catarro y rinitis alérgica concomitante para tratamiento antibiótico. En el cultivo de secreción nasal: *Staphylococcus aureus* sensible a varios fármacos. Evoluciona favorablemente siendo alta con tratamiento domiciliario en 6 días con mejoría clínica y en TC de control.

CONCLUSIONES:

La celulitis orbitaria y preseptal son frecuentes en la edad pediátrica. No deben ser subestimadas debido al riesgo de complicaciones potencialmente graves. Realmente son dos momentos evolutivos de una misma entidad. La celulitis preseptal es una inflamación que se limita a los tejidos anteriores al septo orbitario, párpado y piel periocular. La celulitis orbitaria es una inflamación de la región posteroseptal con afectación del contenido de la órbita, grasa y músculos periorbitarios. El diagnóstico diferencial puede ser difícil pero es importante puesto que el pronóstico es diferente. Esto precisa de una estrecha colaboración entre oftalmólogo, otorrinolaringólogo y radiólogo para descartar abscesos subperiósticos y orbitarios así como complicaciones intracraneales. El tratamiento inicial es médico con antibiótico pero podría precisar tratamiento quirúrgico en caso de presentar dichas complicaciones. Suelen tener una evolución favorable con resolución rápida del cuadro si el diagnóstico y el tratamiento son precoces.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1441

HALLAZGO CASUAL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DURANTE ANGIOTAC PROGRAMADA PARA ESTUDIO DE INSUFICIENCIA AÓRTICA

F Martínez Sandoval (1), M García Aroca (2), M Boksan (2), A Martínez Más (2), M González (3), KP Baldeón Cuenca (4)

(1) Gerencia Urgencias y Emergencias 061 Murcia. UME 13. (2) Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. (4) Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Cartagena. (5) Centro de Salud Besaya.

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo-angioTAC-anticoagulación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 80 años remitido desde el servicio de radiología tras el hallazgo casual de una anomalía. Antecedentes personales: no efectos adversos a fármacos. Herniorrafia inguinal bilateral. Consumo moderado de alcohol. HTA bien controlada. En seguimiento desde mayo 2011 por insuficiencia aórtica severa degenerativa con función sistólica límite, FEVI 52%, con rechazo del paciente de cirugía para recambio valvular. Episodios de taquicardia auricular. Síncope de perfil ortostático en febrero 2014. Rectorragia autolimitada debida a pólipos en colon, sin malignidad, extirpados en febrero 2017. Situación basal, escala NYHA, I, sin limitación para realizar actividad física. Tratamiento crónico: Emconcor cor 2,5 mg. Ramipril. El 16/03/2017 al realizar estudio programado con AngioTAC para valorar diámetros de Aorta, se hallan imágenes compatibles con TEP en arteria pulmonar principal izquierda. En la anamnesis el paciente no refiere disnea, ni dolor torácico, ni hemoptisis, ni fiebre, ni empeoramiento de su situación previa y no hay manifestaciones de TVP. Exploración física: BEG. Tª 36,25 ° C. Sat O2 94%. Índice de Wells 3. ACP: rítmico 60 lpm, soplo diastólico IV/VI en mesocardio y apex. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Abdomen normal. EEII, sin edemas, pulsos pedios y popliteos presentes. No focalidad neurológica. Exploraciones complementarias: Analítica: Hb 13,5. Htco 38. VCM 100. DD 1459. Creat 0,97. FG 65. ProBNP 1904. PCR negativa. PSA 4,37. Gasometria: ph 7,44, PCO2 33,8. PO2 75,4. HCO3 23,1. SatO2 95,5. Lac 0,7. ECG: RS 65 Imp. PR 0,21. BCRDHH, HAI, criterios de HVI. Rx tórax: ICT límite alto, hilos normales, no condensación pulmonar. ECO MMII: TVP troncos infrapopliteos, TVS en safena menor derecha. ECO abdominal: Hipertrofia prostática. Angio TAC: TEP en arteria pulmonar principal izquierda. Tratamiento: Se calcula estratificación pronóstica con puntuación en la escala PESI de III y PESIs de I, no contraindica tratamiento con anticoagulantes, iniciándose con HBPM y alta para seguimiento en hematología para iniciar terapia con antivitaminas K.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico casual de TEP sin manifestaciones clínicas. El TEP es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y el ictus. Constituye la principal urgencia pulmonar con peligro para la vida del paciente. El angio-TC de tórax multicorte es la técnica de primera elección para el diagnóstico. La anticoagulación es el tratamiento estándar.

P-1442

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA EMBOLIA?

A Rodríguez Camacho, C Aznar Zamora, MC García Cruz, A Barranquero Infantes, J Moreno Lamela

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

PALABRAS CLAVE: dyspnea-stroke-pulmonary embolism

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 59 años antecedentes de HTA, Obesidad, Asma bronquial, estenosis mitral, hernias lumbares. Tratamiento habitual: analgésicos, antihipertensivos e hipouricemiantes. Avisan a DCCU por presentar desviación de comisura bucal, disartria y disnea brusca con trabajo respiratorio. Días previos ortopnea con disnea progresiva. A la llegada de DCCU hipoxemia con trabajo respiratorio sin objetivarse déficit neurológico y administrándose broncodilatadores, diuréticos y oxígeno. En Observación taquicardica, taquipneica. TA: 150/70, SatO2 97% (VMK50%). Glasgow 15/15. Rítmica con soplo diastólico e hipoventilación generalizada con crepitantes bibasales. MMII: Edemas con fovea, sin signos de TVP. Analítica con discreta leucocitosis, elevación de troponinas y aumento de dímero D. Gasometría sin alteraciones. ECG: RS a 110 lpm con ascenso de punto J en cara anterolateral. Radiografía: Edema intersticial bilateral. Al tratarse de una paciente con encamamiento prolongado se solicita AngioTAC compatible con TEP bilateral, anticoagulándose con enoxaparina 120 mg. Fue valorada por cardiología realizándose ETT urgente sin dilatación clara de VD, insuficiencia mitral y FEVI 55%. Tras estabilización respiratoria presenta clara disartria, parálisis facial derecha supranuclear y hemiparesia 4/5 derecha, realizándose TAC craneal con hipodensidad en área presilviana izquierda desestimándose fibrinólisis. Ingresó en Medicina interna realizándose ETE que descarta comunicación interauricular pero objetiva masa en velo posterior mitral que condiciona insuficiencia mitral severa. Cateterismo sin lesiones. Se programa cirugía cardiaca para sustitución valvular con postoperatorio fatal con taponamiento cardiaco, shock cardiogénico, fracaso multiorgánico y exitus

CONCLUSIONES:

Ante el caso desde urgencias se pensó en tromboembolismo paradójico que explicara el cuadro. El tromboembolismo paradójico consiste en el paso de material tromboembólico que procede del sistema venoso (lado derecho del corazón), a la circulación arterial sistémica a través de una comunicación como el foramen oval permeable. Éste es permeable hasta en el 35% de la población, que permanece funcionalmente cerrado gracias a la mayor presión existente en la aurícula izquierda. Por otra parte, los mixomas son extremadamente raros, encontrándose en un 75% en aurícula izquierda, 20% en aurícula derecha y muy rara vez en las válvulas auriculoventriculares. La embolia en el sistema nervioso central a causa de un mixoma se presenta en un 45% de los casos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1444

UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE

E Díaz Vera, Y López Albarrán, P Tranche Álvarez-Cagigas,
G Peña y Lillo Echeverría

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: trombosis-dolor abdominal-hematemesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 37 años, con antecedentes de depresión tratada con litio, que acudió por epigastria desde hacía 1 mes, tratada previamente con omeprazol, sin mejoría. Consultó en varias ocasiones, sólo encontrándose elevación de proteína C reactiva (PCR) en sus pruebas complementarias, siendo dado de alta con analgésicos. Volvió a urgencias por persistencia del dolor y vómitos con restos hemáticos. Sin fiebre ni otros síntomas. En la exploración física, dolor a la palpación abdominal profunda, ascitis no a tensión, sin signos de irritación peritoneal. Resto sin hallazgos. Se hizo análisis, con 26000 leucocitos con neutrofilia, lactatodeshidrogenasa 336, lactato 4 y PCR 121, resto normal. Dados los hallazgos, se realizó tomografía abdominal, encontrándose extensa trombosis portal y de venas mesentéricas, con signos de isquemia intestinal y ascitis intraperitoneal. Se descartó radiología intervencionista, y fue operado de urgencia en dos tiempos, con resección yeyunal por isquemia secundaria a trombosis, y se inició anticoagulación oral. Se ingresó, además de para tratamiento, para estudio de factores de hipercoagulabilidad, sin encontrarse ningún factor de riesgo causante del cuadro. Diagnóstico diferencial: trombosis portal, isquemia intestinal, gastritis, hematemesis por varices esofágicas, cirrosis hepática, cólico biliar, pancreatitis, espasmo esofágico. Juicio clínico: trombosis portal en paciente sin factores de riesgo conocidos.

CONCLUSIONES:

La trombosis portal es una patología cuya causa se desconoce hasta en un tercio de los pacientes, como es este caso. Cualquier trastorno de la coagulación puede predisponer a esta patología, así como la cirrosis hepática (el 25% de los pacientes con cirrosis desarrollan trombosis portal). También hay que descartar otras causas como policitemia, tumores u otras patologías o fármacos que produzcan hipercoagulabilidad. Además, la trombosis portal puede producir esplenomegalia y varices esofágicas por el aumento de presión intraabdominal, lo que aumenta el riesgo de sangrado digestivo y de muerte por esta causa.

P-1446

LA FIEBRE DEL CORAZÓN

AC Ruano Quero, E Zafra Cortés, M Estrada López

Hospital de Alta Resolución Alto Guadalquivir. Jaén

PALABRAS CLAVE: endocarditis-anemia-fiebre

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 73 años que acude por presentar fiebre de 39 desde hace 24 horas. Además cansancio generalizado y sensación disneica. No clínica catarral. Edemas en miembros inferiores. No otra sintomatología. Episodios similares de 1 año de evolución, con picos febriles intermitentes de 2-3 días y dolor en hipocondrio izdo. Se realiza seguimiento por este motivo en medicina interna. Acude con constantes estables: tensión arterial 120/80, frecuencia 100, temperatura 38.9. Exploración normal salvo esplenomegalia levemente dolorosa. En pruebas complementarias realizadas se encuentra anemia no conocida previamente con hemoglobina 7.5, LDH 775. Radiografía tórax discreta cardiomegalia. Resto normal. Se solicita COOMBS directo que resulta positivo. Estudiando el caso y revisando las pruebas pedidas por medicina interna encontramos que la semana anterior se había realizado TAC de tórax y abdomen con resultado de esplenomegalia e infartos esplénicos múltiples. Juicio clínico: Fiebre de origen desconocido. Anemia hemolítica. Esplenomegalia con infartos esplénicos. Ingresos en observación realizándose trasfusión de hierro y posteriormente pasa a medicina interna. Se realiza ecocardiografía con resultado de endocarditis bacteriana avanzada. Se deriva para intervención quirúrgica urgente.

CONCLUSIONES:

Lo más importante a la hora de abordar a un paciente en urgencias es poder recabar la máxima información. Por eso es importante unificar y facilitar el acceso a pruebas e historia única para poder disponer de todo lo realizado en ese paciente tanto desde atención primaria como hospitalaria. El hallazgo de la esplenomegalia con infartos esplénicos nos hizo sospechar que el cuadro era de gravedad y que precisaba ingreso para tratar la fiebre.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1447

ROTURA DE CUÁDRICEPS BILATERAL COMPLICADA
CON UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

A González Rodríguez, A Irimia, EM Martín Ordoñez, MA Jaén Vera,
L Canal Sordo, J Fonseca Ortega, S Rivas Menéndez

Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla (Mieres)

PALABRAS CLAVE: músculo cuádriceps-dolor en el pecho-embolia pulmonar

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 49 años con antecedente de VIH, acude a Urgencias por dolor en ambas rodillas e incapacidad para bipedestación. Refiere caída casual 5 días antes, con diagnóstico de rotura fibrilar en muslo derecho. Nueva caída en el día en el que acude a Urgencias, por sensación de inestabilidad de la pierna derecha, con traumatismo sobre rodilla izquierda. A la exploración, presenta incapacidad para extensión de ambas extremidades, con escalón a nivel de zona suprarrotuliana bilateral. Se realiza ecografía, objetivándose rotura de ambos tendones cuadriceps. Se ingresa y se programa para cirugía, con reparación de ambos tendones e inmovilización con sendas calzas de yeso. Es alta hospitalaria dos semanas más tarde, con tratamiento anticoagulante a dosis profiláctica (enoxaparina 40 mg, una aplicación subcutánea diaria). 15 días más tarde, el paciente es traído por Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (UVI Móvil), por presentar episodio de dolor centrotorácico mientras caminaba (con apoyo bilateral), con taquicardia, sin disnea ni otra clínica acompañante. Refiere adecuada adherencia terapéutica y niega clínica similar previamente. Ante la sospecha clínica de un tromboembolismo (Wells 6), se solicita determinación de D-dímero (10878 ng/mL). Se confirma la sospecha clínica mediante una tomografía computerizada de arterias pulmonares (AngioTC), que objetiva tromboembolismo pulmonar (TEPA) bilateral mucho más acusado derecho, con afectación de todas las arterias de lóbulo inferior y parcialmente del medio, junto con pequeño derrame izquierdo. Se realiza durante su ingreso ecografía Doppler de ambos miembros inferiores, sin signos de trombosis venosa (TVP) activa. Se inicia tratamiento descoagulante, con buena respuesta clínica.

CONCLUSIONES:

El TEPA es conocido como el gran enmascarador, con una presentación clínica diversa y síntomas poco específicos. Ello lo convierte en un asesino silencioso en la medicina de emergencia, al ser poco sospechado y escasamente diagnosticado. Aunque está estrechamente relacionado con TVP de miembros inferiores, su aparición puede ser secundaria a cirugía mayor, neoplasias, inmovilización o toma de anticonceptivos orales. Es fundamental por ello, disponer de tablas para predecir la probabilidad clínica del TEPA, incluso si estamos ya administrando anticoagulación profiláctica, para un diagnóstico y tratamiento precoz.

P-1448

DE LA CONTRACTURA MUSCULAR AL TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR

E Díaz Vera, Y López Albarrán, P Tranche Álvarez-Cagigas)

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-dolor de espalda-infarto pulmonar

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años, con antecedente de dislipemia tratado con fenofibrato, que acudió a urgencias en varias ocasiones por dolor de espalda, siendo diagnosticado de dorsalgia y tratado con analgésicos. En la última ocasión refería dorsalgia irradiada a hombro derecho, que empeoraba con la inspiración y el decúbito y tos seca, sin disnea ni dolor torácico ni otros síntomas. En la exploración física, se encontró al paciente con regular estado general, diaforético, taquicárdico, con murmullo vesicular disminuido levemente en base derecha, contractura muscular dorsal palpable en lado derecho, sin signos de trombosis venosa profunda en piernas, y resto sin alteraciones. Se solicitó electrocardiograma, con taquicardia sinusal, S negativa en I y Q en III, y análisis de sangre con leucocitosis y dímero D elevado (>4000), radiografía de tórax y resto de análisis sin alteraciones significativas. Tras estos resultados, se solicitó tomografía de arterias pulmonares, con hallazgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral e infarto pulmonar derecho asociado. El paciente fue ingresado para estudio y tratamiento, sin encontrarse coagulopatía ni otras posibles causas desencadenantes. Diagnóstico diferencial: dolor mecánico, infección respiratoria, tumor pulmonar, tumor pleural, omalgia, enfermedad reumática sistémica, TEP, neuralgia. Juicio clínico: TEP bilateral con infarto pulmonar asociado.

CONCLUSIONES:

Conclusiones: El TEP es una entidad muy grave y relativamente frecuente, cuya presentación clínica puede variar, y en numerosas ocasiones no se presenta con los típicos síntomas descritos de disnea súbita y dolor torácico, por lo que requiere un alto índice de sospecha. Con tratamiento precoz suele presentar buena evolución, aunque tiene alta mortalidad debido al infradiagnóstico. Hay pacientes que tienen factores de riesgo conocidos para presentar enfermedad tromboembólica, aunque no debemos pasar por alto algunos que no los tienen y, sin embargo, desarrollan la enfermedad. En este caso, nos ayudó fijarnos en el estado general del paciente, para sospechar que no se trataba de un dolor muscular, y así dirigir las pruebas complementarias hasta un diagnóstico acertado.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1449

NEFRONÍA RENAL, UNA URGENCIA NO TAN FRECUENTE

A Martín Páez, M Moreno Fernández, E Lagares Santana,
F Muñoz Lara

Hospital Regional Universitario de Málaga

PALABRAS CLAVE: nephronia-renal abscess-treatment

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 22 años de edad que aude por dolor en FRD desde hace 24 horas y fiebre de hasta 39,8°C, a la exploración PPR derecha positiva, analítica con leucocitosis y orina positiva, ECO de abdomen con foco de nefronía en polo superior, precisando tratamiento ATB iv e ingreso en infecciosas.

CONCLUSIONES:

La nefronía lobar aguda (NLA) es una infección poco frecuente, en niños o en adultos, ocasionada en la mayoría de los casos por *Escherichia coli*, que migran por vía ascendente a través de la uretra, aunque en ocasiones puede producirse por diseminación hematológica. La nefronía lobar aguda es una infección bacteriana calificada entre la pielonefritis aguda y el absceso renal, con el que en algunas ocasiones requiere diagnóstico diferencial, puesto que los tratamientos de una u otra patología difieren. La etiología de esta entidad es muy discutida y se relaciona con la presencia de reflujo vesicouretral, megauréter, válvulas uretrales y con la evolución de una pielonefritis aguda simple. Para el diagnóstico de la NLA es preciso contar con una TAC abdominal en la que característicamente se aprecian áreas mal definidas, sin realce tras la administración de contraste y generalmente hipodensas. El tratamiento de esta patología es la administración de antibióticos intravenosos y posteriormente por vía oral, tras mejoría clínica, durante 3 semanas aproximadamente. Queremos destacar en este caso el diagnóstico de NLA en una paciente adulta, siendo más frecuente su diagnóstico en los niños, la importancia del diagnóstico diferencial con el absceso renal, y la necesidad de instaurar un tratamiento antibiótico precoz y adecuado para evitar la agravación de la enfermedad.

P-1450

SÍNDROME DE LEMIERRE. UNA TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE DIAGNÓSTICO INUSUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

JL Pérez Alonso, M Vaquero de Sedas, I Blasco Esquivias,
AM Prados Gallardo, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PALABRAS CLAVE: síndrome de Lemierre-infecciones por *Fusobacterium*-tromboflebitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo consulta: Paciente 40 años, sin antecedentes de interés, consulta a médico atención primaria por cuadro febril (39°C) de 15 días de evolución con odinofagia. Inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico, posteriormente ciprofloxacino sin mejoría. Derivado a Urgencias por persistir clínica y aparición de adenopatía latero cervical izquierda hacia 3-4 días. Exploración: Hemodinámicamente estable. Tª 39.2°. Buen estado general. Masa laterocervical izquierda, dolorosa a la palpación, consistencia dura. ORL normal. No infección odontogénica. No trismus. Cardiorrespiratorio normal. Abdomen y MMII sin alteraciones. PPCC: Analítica: Leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis. PCR 173. Ecografía-TAC cervical cc: Imagen inflamatoria con cambios flemonosos en espacio submandibular izquierdo, desplazando anteriormente a glándula submaxilar adyacente. Medidas: 21x10x29 mm. Trombosis de vena yugular anterior con trayecto mayor de 5 cm. Adenopatías submentonarias y localizadas en espacio cervical posterior. Hemocultivo: Aislado *Acinetobacter pittii*. Rx tórax: Normal. Evolución: Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam a dosis habituales, corticoterapia y anticoagulación. Al alta hospitalaria continúa con amoxicilina-clavulánico/ 10 días más y warfarina durante tres meses, quedando asintomático. Ecografía control a las 6 semanas: Sin alteraciones.

CONCLUSIONES:

Síndrome de Lemierre: Complicación de infección orofaríngea, incluso correctamente tratada. Asociado a tromboflebitis séptica de vena yugular interna, a veces embolias sépticas a distancia. Típicamente afectados adolescentes y adultos jóvenes inmunocompetentes. El patógeno más frecuentemente aislado es *Fusobacterium necrophorum*, aunque se han implicado otra gran variedad. Inicialmente se presenta como cuadro de faringitis, infecciones odontológicas o mastoiditis. En una segunda etapa se produce invasión del espacio faríngeo, ocasionando tromboflebitis séptica de vena yugular interna, manifestándose por inflamación y aumento del volumen cervical. Posteriormente pueden aparecer siembras tromboembólicas sépticas, siendo el pulmón el sitio más común (80%), pudiéndose afectar también articulaciones, tracto gastrointestinal y renal. El diagnóstico suele ser difícil por la rareza del cuadro. Consiste en aislamiento microbiológico, técnicas de imagen: ecodoppler diagnostica la trombosis de vena yugular, pero el TAC con contraste es la técnica de elección. El tratamiento debe instaurarse precozmente, ya que de ello depende el pronóstico, con una mortalidad del 4%-18%. Consistente en antibioterapia prolongada con penicilinas y metronidazol o monoterapia con clindamicina durante un periodo mínimo de 6 semanas. La anticoagulación sistémica es una medida controvertida.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1452

ENCEFALITIS CON LESIÓN REVERSIBLE DE ESPLENIO
DEL CUERPO CALLOSO

L Villar Fernández, M Vázquez Suárez, AM Arango Selgas
SAMUR. Asturias

PALABRAS CLAVE: encefalitis-cuerpo calloso-reversible

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 22 años, si antecedentes de interés, que en las 48 h previas comienza con cefalea que no cede con AINE. Posteriormente presenta alteraciones de la visión seguidas de cuadro sincopal, del cual recupera con gran agitación y desviación de la mirada. Es asistido en su casa por UVI MÓVIL que tras un Glasgow de 6 decide intubarlo previa sedoanalgesia (precisando altas dosis) A continuación hace leve anisocoria con midriasis derecha. Ante la alta sospecha de hemorragia cerebral se decide traslado a hospital de tercer nivel. En el traslado coeiza con movimientos que impresionan de descerebración aunque ceden con bolos de midazolam y fentanilo. En urgencias afebril, todas las pruebas complementarias incluidas TAC craneal son normales, salvo LCR con pleocitosis linfocitaria e hiperproteíorraquia. Ingresa en UCI iniciándose tratamiento empírico con Aciclovir, permanece intubado 36 h, hace un pico febril que desciende en las primeras 48 h. Pasa a planta de Neurología donde continua con estudios y en la RNM se objetiva encefalitis indeterminada del esplenio del cuerpo calloso. Tras 15 días de ingreso completando tratamiento antiviral y corticoides, con resultados de cultivos negativos, es dado de alta con diagnóstico de Encefalitis no filiada y MERS. Un mes después es visto en consulta totalmente asintomático y se repite RNM con desaparición del MERS.

CONCLUSIONES:

La entidad MERS (del inglés: Mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion) es un síndrome clínico-radiológico poco frecuente, caracterizado por aparición de encefalitis/encefalopatía que se puede acompañar de fiebre, convulsiones, bajo nivel de conciencia, etc. A veces se observa pleocitosis en el LCR y característicamente una lesión en el cuerpo calloso de carácter transitorio. La fisiopatología es incierta, una hipótesis es el edema intramielínico o el estrés oxidativo. Esta lesión desaparece la mayoría de las veces al cabo de varias semanas, por ello es razonable mantener una actitud cautelosa y es importante el diagnóstico diferencial (ACV, infecciones, tumores, enfermedades desmielinizantes) En el tratamiento con corticoides, antiepilépticos, antivirales no hay aun evidencia de su eficacia.

P-1453

MIOSITIS NECROTIZANTE CON ABSCESOS:
A PROPÓSITO DE UN CASO

MT Ayuso Aragonés, J Álvarez Troncoso, M Noguero Gutiérrez,
I Vives Beltrán, A Castellanos Candalija, J Cobo Mora,
C Carballo Cardona

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: miositis-necrotizante-abscesos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

AP: Varón, 57 años, exenolismo, tabaquismo, HTA, infarto lacunar talámico, Leriche intervenido con bypass aortobifemoral Acude a urgencias por dolor de miembro inferior derecho de 5 días de evolución (valorado 12 horas antes en urgencias por dolor, describiéndose exploración física normal). Asocia náuseas, sudoración y mal estado general los días previos, sin fiebre ni tiritera. Niega antecedentes de traumatismo, heridas penetrantes u otra clínica. Exploración Física: Normotenso, taquicárdico, pálido, diaforético, EVA 10, mal aspecto general. Miembro inferior derecho indurado, marcado aumento de volumen con pulso disminuido respecto a contralateral, palidez y frialdad cutánea, sin flictenas ni abscesos. No crepitación. Resto de exploración sin hallazgos significativos. Ante sospecha de síndrome compartimental vs isquemia arterial aguda vs fascitis necrotizante dados los antecedentes médicos del paciente, se solicita analítica: Hemoglobina 11?6, Leucocitos 20700 (90?5% neutrófilos), Plaquetas 294000, Fibrinógeno 1123, GOT 208, GPT 92, GGT 29, LDH 357, CK 3699, PCR 415, Glucosa 98, Creatinina 3?06, Urea 142, Sodio 138?2, Potasio 4?8, pH 7?28, pCO2 37, HCO3 17, lactato 2?7. Dado el aspecto de gravedad con evidente disociación clínica/dolor y score LRINEC de 11 (VPP 92% y VPN 96%) solicitamos TC de extremidad inferior donde se objetiva miositis necrotizante con abscesos. Diagnóstico: Sepsis por miositis necrotizante abscesificada, fracaso renal agudo AKIN III y acidosis metabólica Tratamiento: Sueroterapia intensiva, analgesia y antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam, vancomicina y clindamicina. Cirugía urgente con desbridamiento inicial y posterior amputación supracondílea abierta, tras valoración por Servicios de Cirugía Plástica y Cirugía Vascular. En cultivos de herida quirúrgica se aíslan: Streptococcus anginosus, Dialister pneumosintes, Prevotella heparinolytica, Prevotella oris, Parvimonas micra y Anaerococcus tetradius. Precisa ingreso prolongado en Unidad de Cuidados Intensivos con evolución favorable.

CONCLUSIONES:

Las infecciones necrotizantes son procesos de rápida evolución con elevada mortalidad por lo que es fundamental una sospecha clínica elevada, cálculo de score LRINEC y TC de miembro. La antibioterapia de amplio espectro, sueroterapia intensiva y el desbridamiento quirúrgico agresivo precoz (o amputación en infecciones necrotizantes graves) aseguran disminución en mortalidad Los microorganismos aislados en este paciente son habituales de flora oral sugiriendo infección odontogénica concomitante como foco inicial.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1456

ABSCESO PULMONAR CON COLECCIONES
PLEURALES ASOCIADAS

D Ferrer Serrano, E Puga Montalvo, S Rodríguez Priego,
C Aparicio Borrego, A Jaldo Sánchez, J Candel Fábregas,
JM Pacheco Vega

Hospital General

PALABRAS CLAVE: lung abscess-pulmonary tissue necrosis-pleural empyema

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 52 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés, exfumador desde hace 3 años, que acude al servicio de urgencias porque desde hace 12 días presenta dolor costal izquierdo de características pleuríticas, fiebre, decaimiento, hiporexia, artromialgias y malestar general. Niega tos, expectoración ni disnea. Ha tomado analgésicos sin mejoría. A la exploración se encuentra sudoroso, fiebre de 39, taquipneico y taquicárdico y a la auscultación presenta abolición de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. En la analítica destacan aumento de reactantes de fase aguda, ligera coagulopatía e insuficiencia respiratoria parcial. Se extraen hemocultivos. Se realiza Rx tórax y se aprecia una imagen dudosa en hemitórax izquierdo por lo que se solicita tac torácico que informa: colección en hemitórax izquierdo probablemente parenquimatosa que presenta pared fina, sugerente como primera posibilidad de absceso de 21cmx17cmx12 cm. Condiciona atelectasia de lóbulo inferior y lingula así como de la mayor parte de lóbulo superior izquierdo. Con este diagnóstico se comienza tratamiento antibiótico con clindamicina y consultamos con cirugía torácica que ingresa al paciente a su cargo y realiza desbridamiento de la cavidad empiematosa, continuando con antibiótico y evolucionando favorablemente el paciente.

CONCLUSIONES:

1. El absceso pulmonar es una cavidad pulmonar localizada que contiene pus, resultado de necrosis del tejido pulmonar, rodeada de tejido inflamado.
2. La mayoría de los abscesos pulmonares se producen como una complicación de una neumonía aspirativa, participando en ellos varias especies de anaerobios presentes en la mucosa gingival. Como factor predisponente a la neumonía aspirativa encontramos a la disfagia, y a la disminución del nivel de consciencia como consecuencia de anestesia general, alcoholismo, drogadicción, etc. En los pacientes en los que se desarrolla absceso pulmonar es frecuente encontrar enfermedad periodontal.
3. Los síntomas incluyen malestar general, astenia, anorexia, fiebre, sudoración, tos productiva.
4. El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax y TAC. También requiere diagnóstico microbiológico.
5. El tratamiento antibiótico debería iniciarse tan pronto se hayan recogido muestras de esputo y sangre para cultivo y antibiograma. El fármaco de elección es la clindamicina. La mayoría no necesita cirugía.
6. El drenaje postural puede ser un tratamiento adicional útil, pero también puede provocar la difusión a otros bronquios con extensión del proceso o una obstrucción aguda. El drenaje quirúrgico es necesario en casos excepcionales, ya que las lesiones suelen responder al tratamiento antibiótico.

P-1457

VÍA AÉREA DIFÍCIL POR EPIGLOTITIS AGUDA DEL ADULTO

D Lahoz Rodríguez, JA Franco Hernández, I Díaz Bello,
MR Martínez Herráez, MC Munuera Barahona, J Velilla Moliner

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: epiglotitis-adulto-traqueotomía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 47 años, antecedentes de obesidad, tabaquismo, retraso mental, EPOC. Ingresos hospitalarios previos con neumonía por broncoaspiración. Acude a Urgencias con fiebre, tos, odinofagia, dificultad respiratoria y afectación del estado general desde hace 24 horas, tratado con broncodilatadores y corticoides intravenosos, sin mejoría clínica, en radiografía se objetiva atelectasia del pulmón derecho, solicitando broncoscopia urgente diagnóstica y terapéutica. Presenta importante estado ansioso, cuello hiperextendido, dificultad para hablar, voz ronca, babeo y estridor, dado su estado clínico se decide explorar la vía aérea en quirófano para la realización de fibrobroncoscopia urgente. El hemograma mostraba leucocitosis moderada con neutrofilia, resto sin alteraciones. Se plantea diagnóstico diferencial: Angioedema, Infección respiratoria, Uvulitis, Traqueítis, Neumonía, Epiglotitis, Cuerpo extraño y Neoformación vía aérea superior. En quirófano, se realiza laringoscopia indirecta y fibrobroncoscopia, objetivándose inflamación y edema de las estructuras supraglóticas (epiglotis hinchada en forma de cereza, pliegue aritenopiglótico y cartilago aritenoides). El árbol bronquial no mostró la presencia de cuerpo extraño o neumonía. A pesar de tratamiento corticoideo y antibiótico intravenoso, el paciente presentó empeoramiento, con mayor estridor, trabajo respiratorio, y signos de agotamiento, por lo que se realiza traqueotomía de urgencia. Su evolución posterior fue satisfactoria, no precisando ventilación mecánica.

CONCLUSIONES:

La epiglotitis aguda del adulto es una entidad poco frecuente. El *Haemophilus influenzae* tipo B es el responsable del 90% de los casos, pero también puede ser debida a otras etiologías (alérgica, tumoral, postradioterapia). La clínica fundamental en el adulto es la disfagia y la odinofagia, siendo más raro el debut con disnea y estridor. En los niños las maniobras de exploración de oro e hipofaringe suelen estar contraindicadas, pero en adultos debe realizarse una laringoscopia indirecta y/o una fibrobroncoscopia. El objetivo primario es hacer un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento antes del comienzo de la posible obstrucción de la vía aérea. El adecuado control de la vía aérea es fundamental para el manejo y pronóstico del paciente en patologías que cursan con un riesgo potencial de obstrucción de la vía aérea o que pueden conllevar un manejo muy complicado de la misma.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1458

NEUMONÍA VARICELOSA EN EL ADULTO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

F Santamarina Carvajal, V Fuentes García, M Cano Martínez

Urgencias hospitalarias

PALABRAS CLAVE: pneumonia-varicella-adult

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: Sin alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades previas. Fumador de 20 cigarrillos/día. ANAMNESIS: Varón de 30 años que acude por malestar general, fiebre y lesiones cutáneas máculo-papulosas y vesículas pruriginosas de 24 horas de evolución, su hijo había padecido varicela 15 días antes. Se remitió a su domicilio con el diagnóstico de varicela y tratamiento sintomático. Tres días después acudió de nuevo por persistencia de fiebre, disnea, tos no productiva, cefalea y mareo. EXPLORACIÓN FÍSICA: Temperatura 39°C, tensión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 110lpm, saturación de oxígeno 91%. Exploración neurológica normal. Auscultación cardiopulmonar presenta hipoventilación con crepitantes en bases. A nivel cutáneo lesiones diseminadas en distintos estadios de evolución. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: En hemograma leucocitosis con desviación izquierda. Bioquímica y coagulación normales. GASOMETRÍA ARTERIAL: Insuficiencia respiratoria parcial con hipoxemia moderada. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización. RADIOGRAFÍA TÓRAX: índice cardiotorácico normal, patrón intersticial retículo-nodular bilateral difuso. TAC CRANEAL: Sin lesiones. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: tuberculosis miliar, sarcoidosis o carcinoma diseminado. JUICIO CLÍNICO: Neumonía adquirida en la comunidad atípica, cuyo agente causante es el virus Varicela Zóster. EVOLUCIÓN: Se inició tratamiento con aciclovir intravenoso, con mejoría clínica a partir del segundo día. Dado de alta a los 10 días.

CONCLUSIONES:

La varicela es una enfermedad infecciosa autolimitada producida por el virus Varicela Zoster (VVZ). En general es de curso benigno y propia de la infancia. Un 2% afecta a los adultos, apareciendo en este grupo las complicaciones neurológicas, hematológicas y sobre todo destaca la neumonía varicelosa, constituyendo la complicación más grave y frecuente de la varicela en el adulto que aparece en un 14-16% de los casos infectados. Tiene una mortalidad del 10-30% en el adulto sano, que aumenta en el inmunodeprimido y en la embarazada hasta un 40-45%.

P-1460

LA IMPORTANCIA DE LA 5.ª PATA DEL GATO EN MEDICINA

JV Bueicheku Agredano, JJ Sorribes Monfort, A Torres González

Hospital General de Castellón

PALABRAS CLAVE: cólico-divertículos-antibióticos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 45 años con antecedentes médicos de VIH en tratamiento con Eviplera con buen control médico y Hepatitis C controlada tras tratamiento con Interferón, que acude a urgencias en tercera ocasión por referir cuadro de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio irradiado a fosa renal izquierda. El paciente había sido visitado en 2 ocasiones previamente con similar sintomatología acompañada de febrícula y síndrome miccional siendo etiquetado de infección urinaria y recibiendo tratamiento con Enantyum y Ciprofloxacino. El paciente expresa que desde la última visita a urgencias ha presentado una mejoría clínica significativa, pero desde hace 24 horas había reaparecido de nuevo el dolor asociado a náuseas sin vómitos y un hábito intestinal sin cambios, aunque refiere mayor esfuerzo para iniciar la defecación. Exploración: Estable clínica y hemodinámicamente, buen estado general, abdomen blando y depresible, no distendido, dolor a la palpación profunda en mesogastrio y fosa iliaca izquierdos con irradiación a fosa renal izquierda. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión lumbar negativa bilateral. Analíticamente destaca leucocitosis 17.520/μL con neutrofilia (84.7%) y PCR elevada 88.95 mg/L (a pesar de 14 días de tratamiento antibiótico), resto dentro de la normalidad incluida Procalcitonina y orina. Se realiza Ecografía abdominal donde se observa engrosamiento en la pared de sigma con múltiples divertículos asociando aumento de la ecogenicidad de la grasa adyacente sugestivo de diverticulitis aguda. No se observa líquido libre intraabdominal. Presenta hidronefrosis leve grado I-II/IV secundaria a obstrucción extrínseca del uréter por proceso inflamatorio en sigma.

CONCLUSIONES:

En este caso cabe destacar la importancia del diagnóstico diferencial, así como tener en cuenta que toda actuación previa sobre el paciente puede cambiar el curso de la enfermedad y la presentación de la misma. Sintomatológicamente el paciente presentaba un cuadro infeccioso asociado a clínica de cólico nefrítico izquierdo. Etiológicamente el 90% de la uropatía obstructiva corresponde a las litiasis urinarias, pero no hay que obviar ese 10% de causas no litiasicas que pueden producir una obstrucción intrínseca o extrínseca del uréter dando lugar a una clínica similar. La evolución del proceso infeccioso diverticular fue enmascarada por la antibioticoterapia previa.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1461

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD,
LA CULPA DE LAS PALOMAS

D Camargo Espitia, F Rico Rodríguez, A Salazar Puntas

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: pneumonitis-bird fancier's lung-alveolitis, extrinsic allergic

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 45 años sin alergias a fármacos, sin factores de riesgo cardiovascular, niega hábitos tóxicos, en situación de desempleo. Consulta en urgencias hospitalarias por cuadro de tos, distermia, decaimiento progresivo, picos febriles de más de 38°C y disnea de esfuerzo de dos semanas de evolución, se dió alta con levofloxacino tras analítica urgente y radiografía de tórax normales. En semanas posteriores, reconsultó con peor estado general, astenia, anorexia, disnea a pequeños esfuerzos y picos febriles vespertinos. Exploración Física: Regular estado general, normocoloreado, saturación basal 86%, 16 respiraciones por minuto, auscultación con murmullo vesicular conservado con crepitantes secos bibasales, resto normal. Analítica con neutrofilia sin leucocitosis, PCR 18, pO₂ 47mmHg, con serología de infecciosas y cultivo de esputo negativas. La radiografía de tórax patrón alveolointersticial bilateral difuso, sin condensación. Ecocardiograma y ecografía de abdomen normales. Tac de tórax con afectación del parénquima pulmonar bilateral, simétrica y difusa, con múltiples nódulos de pequeño tamaño. En la fibrobroncoscopia la anatomía patológica informó como proceso inflamatorio mixto sin evidencia de malignidad. La espirometría revelaba un patrón restrictivo leve (FVC 75%). Se administró ceftriaxona, levofloxacino y corticoides intravenosos. A los días tras mejoría clínica, sin fiebre ni disnea, y radiológica, se da alta. A las 48 horas vuelve a urgencias con notable empeoramiento. Destaca aspecto descuidado, indica que viene que cuidar a sus palomas, dato crucial, iba a diario a cuidar palomas desde hacía meses. Juicio clínico: Neumonitis por hipersensibilidad, alveolitis alérgica extrínseca, pulmón del cuidador de las palomas. Diagnóstico diferencial: debemos plantear patologías como infección aguda respiratoria, neumonía (vímica, por Mycoplasma, bacteriana), enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La tuberculosis pulmonar, la sarcoidosis y, algunas enfermedades intersticiales difusas del pulmón pueden llevar en sus formas crónicas a una situación similar clínica, funcional y radiológica.

CONCLUSIONES:

La neumonitis por hipersensibilidad es una enfermedad pulmonar de base inmunológica producida por antígenos que llegan al pulmón por vía inhalatoria, vehiculizados por polvos orgánicos e inorgánicos. Los hallazgos inmunológicos característicos son los anticuerpos precipitantes. La esencia de este caso se centra en destacar la importancia de conocer a nuestro paciente y recabar toda la información relacionada con la sintomatología que nos cuente.

P-1462

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TROMBOSIS AÓRTICA AGUDA

L Cano Alcalde, R Parada López, L Pérez Latorre, I Arnanz González,
B García Marina, C Hidalgo Collazos, Z Jiménez Bretones

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: trombosis aórtica aguda-paraplejía isquémica-síndrome de reperusión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 86 años de edad con antecedentes de HTA, DL. Portadora de MCP por disfunción sinusal. Transtorno depresivo mayor recurrente. Deterioro cognitivo leve multidominio de perfil degenerativo. Acude al servicio de urgencias por imposibilidad para movilizar el MID de dos horas de evolución. En días previos no presentó dolor. No refiere caídas ni contusión. No fiebre. Exploración física: TA 142/115, FFC 64 lpm. PICNR. No asimetría facial. PPCC normales. Lenguaje coherente, fluido. Fuerza en MID 1/5, sensibilidad conservada. MII fuerza 5/5, sensibilidad normal. ROT conservados bilaterales y simétricos. - TC craneal: No se observan signos de hemorragia ni de isquemia reciente. No desplazamiento de línea media ni efecto masa. Atrofia subcortical difusa. Discreta área hipoatenuada subcortical parietal posterior derecha en relación con isquemia antigua. Lesiones hipoatenuadas en sustancia blanca periventricular, núcleos lenticulares y cápsulas externas sugerentes de isquemia crónica de pequeño vaso. Evolución en urgencias: Tendencia a la HTA así como aparición progresiva de frialdad y palidez en ambos MMII. Pulso débil femoral. No pulsos pedios. NL: Debilidad en ambos mmii, asimétrica 5/5 en MII y 3/5 en MID. Anestesia bilateral en MMII. RCP indiferente bilateral. - Ecodoppler MMII: Hallazgos compatibles con oclusión en arteria femoral superficial y poplítea de MII y suboclusión de femoral común y arteria homolateral. Hallazgos compatibles con estenosis significativa de la arteria iliaca derecha y femoral común y superficial. Se traslada para trombectomía y angioplastia del eje aortoiliaco tras lo que la paciente desarrolló un síndrome de reperusión grave con fracaso multiorgánico y falleció horas después.

CONCLUSIONES:

La oclusión aórtica aguda es un evento raro asociado a altas cifras de morbilidad. La paraplejía aguda como forma de presentación es muy poco frecuente. Por tanto el conocimiento de las distintas formas de presentación y un alto índice de sospecha clínica son importantes para su diagnóstico y tratamiento precoz. Las cifras de mortalidad de la oclusión aórtica aguda, incluso con el tratamiento óptico, pueden alcanzar el 50%.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1463

NEOPLASIA PULMONAR. OTRAS FORMAS DE PRESENTACIÓN

AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero, B Molto García,
M Liñán López, P Rodríguez Simon

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: lung abscess-pulmonary suppuration-lung infection

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: Los abscesos pulmonares suelen deberse a la aspiración de material infectado de las vías respiratorias superiores. Causados habitualmente por gérmenes anaerobios, en ocasiones asociados a enfermedades periodontales. El principal factor de riesgo es la aspiración. En personas mayores de 55 años el carcinoma puede ser la causa de absceso pulmonar, como es el caso que nos ocupa. **ANAMNESIS:** Varón de 71 años con AP de HTA y tabaquismo activo. Ingresó por disnea progresiva de 5 meses de evolución empeorada en la última semana junto con aumento de secreción purulentas, fétida, con algún filamento hemático. En los últimos meses asocia astenia, anorexia, pérdida ponderal y disminución llamativa de la masa muscular. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** mediano estado general, taquipneica sin empleo de musculatura accesoria. Boca séptica. Estable hemodinámicamente, SatO₂: 83%. ACR: rítmico sin soplos. Hipoventilación generalizada, roncus dispersos, sopro piente en base izquierda. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** a destacar: 32.870 leuco con 92 % PMN. PCR: 468 mg/l. GSA: Ph: 7.44, PCO₂: 41, PO₂: 54, satO₂: 86%. HCO₃: 28. Rx torax: patrón fibrótico, masa cavitada de paredes engrosadas e irregulares y nivel hidroaéreo en LII. Diagnóstico DIFERENCIAL procesos no infecciosos que causan lesiones pulmonares cavitadas como infarto pulmonar, tumores malignos, secuestro, vasculitis quistes o bullas pulmonares. Evolución: bajo la sospecha diagnóstica inicial de absceso pulmonar sobre posible neoplasia pulmonar ingresó en neumología. El estudio realizado en planta (TAC torácico, broncoscopia con biopsia, cultivo de esputo y citología, marcadores tumorales y baciloscopia) confirmaron el diagnóstico de cáncer broncogénico abscesificado con aislamiento polimicrobiano

CONCLUSIONES:

Los abscesos pulmonares suelen deberse a la aspiración de material infectado de vías aéreas superiores. Enfermedades periodontales y estados mentales con riesgo de aspiración son factores de riesgo para los abscesos pulmonares primarios. En personas mayores de 55 años el carcinoma puede ser la causa subyacente. El curso clínico se caracteriza por presentar 3 etapas: neumónica, vómica y broncorrea. El diagnóstico reside en la confirmación radiológica de la imagen cavitada estando los estudios endoscópicos destinados al estudio bacteriológico o a descartar patología asociada. El lavado broncoalveolar está indicado en los casos con sospecha de neoplasia subyacente.

P-1464

EL DOLOR ABDOMINAL DE OCKHAM

IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez, MB Moltó García,
M Liñán López, J Sánchez López, F Rodríguez Simón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: leriche syndrome-abdominal pain-cholecystitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 82 años con AP: DM2, HTA, EPOC, SCASEST. En tratamiento con metformina 850mg, enalapril 20mg, atorvastatina 40mg, bisoprolol 2,5mg, amlodipino 5 mg, pantoprazol 20mg, AAS 100mg. Sin alergias. **ANAMNESIS:** Acudía por presentar epigastralgia de 1 hora de duración, y de inicio hacía unas 3 horas, súbito no irradiado sin cortejo vegetativo y que persistía levemente durante la entrevista. A su llegada, con dolor leve, EKG con descenso ST 1mm en cara inferior ya descrito. Negaba disnea, no diarrea, no náuseas ni vómitos, tampoco fiebre ni síntomas infecciosos respiratorios ni urinarios. **EXPLORACIÓN:** TA: 122/59 fc 60lpm sat O₂ 95% t° 37°C. ACR: tonos rítmicos sin soplos, ABD: dolor a la palpación epigástrica sin defensa ni peritonismo. MMII: sin edemas. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** HG: 9940 leucocitos (86%PMN). BQ: glucosa 180, urea 26, creatinina 0,8 BT 2 BD (1,2) perfil hepático normal, amilasa 55, PCR 2, trop IHS: 11. Rx tórax y abdomen sin hallazgos. **EVOLUCIÓN** El paciente permaneció en observación cediendo el dolor parcialmente con analgesia convencional. Al revalorar al paciente, persistía con epigastralgia, en la exploración destacaba un soplo abdominal piente no descrito previamente junto con defensa en flanco derecho y murphy positivo. MMII: pulsos muy débiles. Control analítico: Trop I HS 12, leucocitosis con neutrofilia. BQ: BT 3,9 (BD 2,55), GOT 729, GPT 434, GGT 90, amilasa 38, LDH 750, PCR 111. El diagnóstico más plausible por la historia, exploración y analítica era un proceso biliar, pero el hallazgo de un soplo abdominal nos obligó a descartar patología aórtica. Se solicitó Angio-TAC: Trombosis de aorta abdominal infrarrenal que se extiende a ambas ilíacas sugerente de síndrome de Leriche, sin signos de patología aórtica aguda. Coledocolitiasis, colelitiasis múltiple y colecistitis. Ingresó en Cirugía, realizándose colecistectomía. Fue revisado posteriormente por cirugía vascular.

CONCLUSIONES:

El axioma de Ockham dice que lo más sencillo es lo más probable, pero en medicina puede haber pluricausalidad y pluripatología que expliquen el proceso del paciente. Debemos ser rigurosos en la historia clínica, y exhaustivos en la exploración para poder formular hipótesis diagnósticas certeras. En este caso la auscultación abdominal, fue la clave por lo que debemos recordar su utilidad.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1466

CUÁNTO TIEMPO SIN VER ESTAS LESIONES

**M García Uría Santos, L Ferrer Armengou, A Díaz de Santiago,
A San Martín Espinosa, R Capilla Pueyo**

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: astenia-herpesvirus humano 8-sarcoma de Kaposi

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 61 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por astenia de meses y lesiones cutáneas y en cavidad oral de 3 semanas de evolución. Sin fiebre ni clínica respiratoria, gastrointestinal o urinaria asociada. A la exploración llama la atención una importante afectación del estado general, con palidez cutánea y múltiples lesiones violáceas, sobreelevadas, de bordes bien definidos, distribuidas por cara, espalda y extremidades inferiores. Además afectación de mucosa oral, paladar duro y encías, con aftas orales. Hipofonía basal derecha en la auscultación cardiopulmonar. Analíticamente destaca: 1000 linfocitos con leucocitos en rango, plaquetas 130000, creatinina 2.34, urea 148 y bilirrubina 2.3. Serología urgente positiva para VIH, con valores de CD4 16 (5%) y 304000 copias. Radiológicamente se evidencia derrame pleural derecho, realizándose toracocentesis diagnóstica con resultado citológico de linfoma primario de cavidades y sospecha de Enfermedad de Castleman asociada, además de ser positiva la tinción para virus Epstein-Barr (VEB) y herpesvirus 8 (VHH-8). La biopsia cutánea confirmó la presencia de Sarcoma de Kaposi, con afectación esofágica asociada tras realizarse gastroscopia. Ingresado el paciente en planta se realizan dos toracocentesis evacuadoras, se inicia antibioterapia de amplio espectro, terapia antirretroviral y se plantea tratamiento quimioterápico, falleciendo el paciente días después. Como diagnóstico final se establece: Diagnóstico tardío de Infección VIH avanzada, Sarcoma de Kaposi con afectación de mucosa oral, faríngea, esofágica y genital, Derrame pleural derecho por linfoma de cavidades secundario a VEB/VHH-8. Adenopatías toracoabdominales múltiples diseminadas, con sospecha de Enfermedad de Castleman multicéntrica. Descartada infección por *Pneumocystis jirovecii*.

CONCLUSIONES:

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia de células endoteliales linfáticas que puede estar causado por el virus herpes tipo 8, inmunodepresión o yatrogenia. Las lesiones cutáneas pueden asociar afectación ganglionar, gastrointestinal y pulmonar. Su diagnóstico final es histológico. La afectación de mucosas es frecuente sobretodo a nivel oral y puede ser la manifestación inicial de la enfermedad. La presencia de sarcoma de Kaposi extenso como el caso descrito, es indicativo de mal pronóstico. Actualmente es poco frecuente ver las lesiones mencionadas, ya que disponemos de recursos que permiten detección y tratamiento precoz de la enfermedad, mejorando su pronóstico.

P-1467

PARAPARESIA SECUNDARIA A ESPONDILODISCITIS

R Sigüenza González, E Bellido Pastrana, R Gil Alcaraz

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz). SCCU-Urgencias

PALABRAS CLAVE: espondilodiscitis-mielopatía-paraparesia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ÁMBITO DEL CASO: mujer de 56 años que acude a urgencias por malestar general, febrícula de un mes de evolución, además de dorsolumbalgia a veces irradiado a miembros inferiores, con parestesias hasta la planta de los dedos de los pies. Acude en varias ocasiones al servicio de urgencias, diagnosticándose de infección urinaria y posteriormente de bronquitis aguda. Desde hace una semana comienza con debilidad en miembro inferior derecho, evolucionando conforme pasan las horas a no poder deambular. Buen control esfínter urinario. Estreñimiento de 3 días de evolución. **HISTORIA CLÍNICA:** AP: No RAM. Exfumadora. Obesidad mórbida. HTA. Diabetes Mellitus tipo 2. Nefropatía diabética. Adenoma suprarrenal. Insuficiencia venosa crónica. Protusiones lumbares, dislipemia. **EXPLORACIÓN CLÍNICA:** consciente y orientada, afectada por el dolor, obesidad mórbida. T: 37.9°C, TA: 118/53 mmHg, sat.O2 al 99% con gafas nasales a 2 lpm. Pares craneales conservados. Auscultación cardíaca y pulmonar: tonos rítmicos sin soplos, hipoventilación global. Abdomen globuloso, blando y depresible sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. No signos de TVP en miembros inferiores. Balance motor en miembros superiores 5/5, miembros inferiores 0/5 a nivel distal y 2/5 a nivel proximal. ROT: presentes y simétricos, en miembros inferiores: abolidos. RCP: derecho indiferente, izquierdo extensor. Exploraciones complementarias: hemograma: hb 11,8 g/dl, VCM 89,8, 400 leucocitos, 248.000 plaquetas bioquímica: glucosa 175, creatinina 3, urea 123, sodio 129, potasio 4.3, pcr: 25.46, sistemático de orina: normal, gasometría venosa: ph 7.33, PCO2 36, bicarbonato 19. Radiografía de columna dorsal y lumbosacra: signos degenerativos, líquido cefalorraquídeo (tras punción lumbar): 155 proteínas, resto normal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** poliradiculoneuropatía inflamatoria aguda (síndrome de Guillén Barré), mielopatía aguda. **EVOLUCIÓN:** tras permanecer 24 horas en Observación por el riesgo de progresión del déficit y desestimarse la realización de RMN por el peso de la paciente (130 kg), se decide iniciar tratamiento con flebogamma. Se ingresa a cargo de Neurología donde se realiza ENG donde no aparecen hallazgos compatibles con polineuropatía. Se realiza TAC de columna completa con contraste con hallazgos compatibles con espondilodiscitis D8-D9. Posteriormente, se inicia tratamiento antibiótico empírico y se traslada a Unidad de Columna del Hospital de referencia. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Lesión medular nivel D7 derecho D8 izquierdo. Sospecha de espondilodiscitis.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de esta entidad sigue siendo un desafío debido a los signos y síntomas inespecíficos. La base para el diagnóstico precoz sigue siendo la sospecha clínica en el momento del tratamiento inicial.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1468

DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA POCO FRECUENTE

M Cuadrado Fernández, AB Carlavilla Martínez, IP Fernández Marín, LT Vazquez Rodríguez, A Sánchez Morla, C Rubio Chacon, L Castro Arias

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-infarto del bazo-foramen oval permeable

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 40 años con antecedente de trastorno bipolar, en tratamiento con estabilizadores del ánimo y anticonceptivos orales, que acude a Urgencias por dolor abdominal. La paciente refiere que, estando previamente bien, comienza 4 horas antes de acudir a Urgencias con dolor abdominal de inicio súbito, localizado inicialmente en mesogastrio con posterior generalización. Presenta náuseas y un vómito escaso. No refiere fiebre ni sensación de térmica. A su llegada a Urgencias permanece hemodinámicamente estable, afebril, y con abdomen blando y doloroso de forma difusa, sin masas ni megalias y sin peritonismo. Se realiza bioquímica en la que se objetiva leve elevación de LDH (268U/L) y PCR de 1.76 mg/dl, siendo el resto de los valores normales. En hemograma destaca leucocitos de 20100 con neutrofilia, y en gasometría venosa se objetiva acidosis metabólica compensada. La paciente persiste con dolor presentado pico febril de 38°C, y en analíticas posteriores destaca elevación progresiva de LDH con persistencia de acidosis metabólica y de leucocitosis intensa. Dada la evolución se solicita TAC abdominal, que muestra infartos esplénicos confluentes con afectación de la grasa periesplénica. Con los hallazgos del TAC se completa estudio con electrocardiograma que muestra ritmo sinusal, y con ecocardiograma transtorácico dirigido a descartar endocarditis u otras patologías potencialmente embolígenas. En ecocardiograma no se objetivan verrugas, con imagen del septo interauricular ligeramente engrosado. Se inicia cobertura antibiótica de endocarditis hasta realización de ecocardiograma transesofágico, y la paciente ingresa en Medicina Interna. Durante el ingreso se realiza ecocardiograma transesofágico que descarta endocarditis pero que objetiva la presencia de foramen oval permeable. Se inicia anticoagulación y se completa estudio con panel de autoinmunidad, angioTAC de arterias pulmonares y doppler de miembros inferiores sin encontrar trombosis. La paciente evoluciona de forma favorable y es dada de alta en espera de completar estudio de hipercoagulabilidad. Juicio clínico: infartos esplénicos secundarios a embolia paradójica

CONCLUSIONES:

El infarto esplénico es una patología poco frecuente que se manifiesta habitualmente por dolor en hipocondrio izquierdo. Su etiología es variada pudiendo estar en relación con hipercoagulabilidad, enfermedad embólica, síndrome mieloproliferativo, hemoglobinopatías y otras enfermedades asociadas a esplenomegalia. El tratamiento debe dirigirse a la patología de base.

P-1470

MUJER DE 69 AÑOS, ONCOLÓGICA CON DISNEA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

MR Rivas Martínez, P Olmedo Carrillo, L Pancorbo Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: disnea-neumonitis-corticoides

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente 69 años, alergia tramadol, antecedentes de cáncer mama izquierda ductal invasivo (quimioterapia adyuvante, Taxol 12 ciclos y trastuzumab 21 días, pendiente radioterapia). Acude por disnea de mínimos esfuerzos que progresa a disnea en reposo, tos seca, fiebre 38°C desde hace 2 días, ortopnea, edemas maleolares. Consciente, malestar general, SatO₂ 89% con O₂ en reservorio, diuresis conservada. TA: 130/70mmHg, afebril, FC:90 lpm, ACR: tonos rítmicos sin soplos. Crepitantes secos en ambos campos pulmonares. Abdomen: Anodino, MMII: edemas duros con fovea, bilaterales. Dolor e induración en gemelo izquierdo. Homans positivo. ECG: taquicardia sinusal 100lpm, T negativa en DIII, V1-V6 Analítica: leucocitosis (12800) con desviación izquierda, actividad de protrombina: 31%, Dímero D. 41300, creatinina 2,62*, urea: 55, potasio. 5,8, GOT. 1270, PCR: 166,3, orina normal. Gasometría con oxígeno: pO₂: 82,7, pH. 7,44 RX de torax: patrón alveolar bilateral. Gammagrafía de pulmón ventilación-perfusión: probabilidad intermedia de TEP. ECO Doppler miembros inferiores bilateral: TVP en ambas ilíacas, venas tibioperoneas bilaterales y venas distales del lado derecho. AngioTAC torax (tras mejoría función renal): afectación intersticial bilateral severa, se descarta TEP no defectos de repleción. Extensa afectación bilateral y difusa, de predominio en campos basales, con engrosamiento de septos inter e intralobulillares, opacidades en vidrio deslustrado, opacidades parenquimatosas y escasos signos de panalización, confirma la presencia de neumopatía intersticial bilateral inflamatoria. Espusos: cándida en esputo. Serología gripe A negativa. Ecocardiografía: disfunción sistólica de VI grado moderado (FEVI 38%), probable origen cardiotóxico. Evolución: Se inicia tratamiento para insuficiencia cardíaca y para neumopatía intersticial mejorando clínica con corticoterapia. Diagnóstico diferencial: TEP, neumonía, insuficiencia cardíaca, enfermedad metastásica pulmonar extensa. Juicio clínico: Neumonitis e insuficiencia cardíaca por toxicidad quimioterápicos.

CONCLUSIONES:

La toxicidad asociada a fármacos antineoplásicos es un aspecto importante a considerar en el paciente oncológico. Las toxicidades pueden manifestarse inmediatamente, a los meses o después de finalizar el tratamiento. Dependiendo de la clínica y gravedad que presenta se retira el fármaco, se reduce la dosis o se administran corticoides o medidas de soporte. La manifestación radiológica más frecuente son los infiltrados pulmonares en vidrio deslustrado o consolidaciones, siendo frecuente la neumonitis. También está descrita la insuficiencia cardíaca por toxicidad a los quimioterápicos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1471

UN ESGUINCE DIFERENTE

**R Roca García (1), M Mestre Lucas (1), L Derisio (1),
V Vallarino Terán (1), C Bermúdez Hernández (2),
M Cerdán Carbonero (1)**

(1) Hospital General de Villalba. Madrid. (2) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfermedad arterial periférica-isquemia-pulso arterial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 22 años, con exóstosis múltiple sin seguimiento actualmente, que acude a Urgencias por dolor en pie derecho con parestesias de tres días de evolución, a raíz de un traumatismo accidental hace un mes. A su llegada se encuentra estable clínica y hemodinámica. A la exploración destaca palidez y frialdad del pie derecho, con cianosis plantar y movilidad disminuida. No se palpa pulso pedio pero sí tibial anterior. Se realiza Ecografía y AngioTC donde se observa ausencia de flujo en dos tercios distales de la arteria tibial y ausencia de arteria pedia y plantar (Imagen 1) Se comenta con Cirugía Vascular quien realiza trombectomía y fibrinolisis de vasos infrapoplíteos e inicia tratamiento anticoagulante, presentando evolución estable, con delimitación de signos isquémicos a pulpejos de los dedos.

CONCLUSIONES:

La oclusión arterial aguda es causada mayoritariamente por un trombo en región estenótica (60%) o por un émbolo (30%). Otras causas son traumatismo, iatrogenia, aneurismas o disección. Las 6 P (parestesia, dolor -pain-, palidez, falta de pulso, poiquiloterma, parálisis) son la presentación clásica en pacientes sin enfermedad vascular oclusiva previa. La anestesia y parálisis son la clave en el diagnóstico y requiere tratamiento inmediato. Si un pulso no es palpable, debe utilizarse un Doppler para confirmar la ausencia y si está presente pero disminuido, una medición del índice tobillo-brazo puede ser útil. En función de la pérdida sensorial o muscular (clasificación Rutherford) requerirá un tratamiento inmediato o diferido. El manejo inicial consiste en anticoagular y el tratamiento definitivo varía según la clasificación, entre terapia trombolítica o cirugía. Otras patologías que puede cursar con dolor agudo y disminución de la perfusión son: enfermedad vascular no aterosclerótica (tromboangitis obliterante, vasculitis y trastornos del tejido conectivo), síndrome compartimental, una trombosis venosa profunda, condiciones que causan vasoespasmo (fenómeno de Raynaud, fármacos vasoactivos), la gota, una neuropatía o lesión de los tejidos blandos. Es importante el diagnóstico precoz de esta patología ya que la correcta evolución dependerá del tiempo transcurrido antes del tratamiento definitivo. No todos los dolores que el paciente describe como esguince de pie lo son y una buena exploración física es suficiente para sospecharlo.

P-1472

CONTRACTURA CERVICAL

**M Mestre Lucas, A Roca García, B Hernández Moreno,
T Núñez Álvarez-Gómez, M Fernández Muñoz, M Cerdán Carbonero**

Hospital General de Villalba. Madrid

PALABRAS CLAVE: *Streptococcus pyogenes*-cervicalgia-sobreinfección

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cervicalgia de dos semanas de evolución, sin mejoría pese a antiinflamatorios. Asocia una tumefacción izquierda que ha ido en aumento progresivo. Pico febril de 38°C. A la exploración destaca una tumefacción cervical paravertebral izquierda de unos 10x8 cm, caliente, indurada, sin zonas fluctuantes ni empastadas. Analíticamente destaca ligera leucocitosis con neutrofilia. Valorado por Otorrinolaringólogo se realiza fibrolaringoscopia que es normal y se solicita TAC cervical, donde se observa una adenopatía quístico necrótica latero-cervical izquierda (imagen 1). El paciente ingresó para desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico. En el cultivo del absceso creció *Streptococcus pyogenes*.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico diferencial de las masas cervicales supone todo un reto para el médico y requiere un estudio minucioso. Las masas que aparecen de forma aguda son debidas a una causa traumática o reactivas a: proceso odontológico, inflamación de la glándula salivar, infección vírica o bacteriana. Se trata de una masa blanda, inflamada, gomosa, móvil y a veces caliente y eritematoso. La aparición subaguda hace sospechar en neoplasias: el carcinoma de células escamosas es más común (fija, firme, síntomas de compresión), el tumor de la glándula salivar o melanoma, metástasis o enfermedades sistémica. La masa de larga evolución puede deberse a: malformaciones congénitas, nódulos tiroideos, laringoceles, tumores vasculares (masa pulsátil, compresiva, con soplo) o lipomas. Una masa persistente y asintomática en adulto debe considerarse maligna hasta demostrar lo contrario. El estudio de la masa cervical consistirá en pruebas analíticas según la sospecha etiológica, pruebas de imagen (Ecografía o TAC) y punción aspirativa con aguja fina o biopsia. El manejo de una tumoración cervical puede ser complicado. Si la causa sospechada es reactiva a algún proceso desencadenante (causa más común) se puede iniciar tratamiento sintomático o antibiótico y vigilar durante dos semanas. En caso de que no desaparezca en este tiempo es cuando debemos iniciar los estudios pertinentes. Una excepción será en el caso de que presente signos de malignidad, importante tamaño crecimiento rápido así como compromiso de la vía aérea o digestiva en cuyo caso deberemos iniciar el estudio de forma urgente.



CASOS CLÍNICOS

P-1473

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

M Celorrio San Miguel, C del Pozo Vegas, J Chehayeb Morán,
EA Serrano Lacouture, S de Francisco Andrés, A Hambardzumyan,
S del Amo Diego

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo pulmonar-electrocardiograma-radiografía de tórax

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 82 años, sin alergias medicamentosas, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias desde Atención Primaria, por catarro de más de 10 días de evolución, sin mejoría pese a antibioterapia oral, incrementando su disnea habitual hasta hacerse de medianos esfuerzos. Constantes: TA: 124/82 mm[Hg] FC: 94 l/min SatO₂: 94 % T^a: 37,2°C Exploración física: Sin ingurgitación yugular. COC. BEG. NH. NC. Eupneica. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con mínimos crepitantes finos bibasales. Abdomen blando, depresible sin visceromegalias, ni signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas. No signos de TVP. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal. ondas T negativas en V1-V4. RX de Tórax: Índice cardioracico conservado, Imagen triangular periférica* en LSI. Sin evidencia de condensación. Análisis: Leucocitos 14.400 Neutrófilos 86%. Pro BNP. 5185. Troponina 40,8. PCR 25,3. Ante estos hallazgos, reinterrogamos a la paciente (asintomática y con saturación basal de O₂ 95%), y añade a la anamnesis un leve dolor pleurítico izquierdo en los últimos dos días, que aumenta con los movimientos respiratorios. Con todo ello, solicitamos TAC de arterias pulmonares: Se observan numerosos defectos de repleción intravasculares bilaterales en varias arterias pulmonares compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso en arterias segmentarias del LSD, arteria del lóbulo medio y sus segmentarias, arteria del LID con extensión a tres segmentarias. En el pulmón izquierdo también hay defectos de repleción en varias arterias segmentarias del LSI, con pequeño infarto parenquimatoso asociado. Signos de sobrecarga en cavidades cardíacas derechas. La paciente ingresó en Medicina Interna presentando buena evolución del episodio.

CONCLUSIONES:

El TEP es una de las principales causas de muerte en la población general (tercera causa de muerte en el hospital). Se estima que su incidencia es de un caso por cada 1.000 habitantes al año. La sintomatología es muy variable, inespecífica e incluso ausente en muchos casos, por ello, hallazgos casuales en exploraciones complementarias, deben hacernos sospechar de esta patología: El 80% de los pacientes con TEP sin patología cardiopulmonar presentan radiografía de tórax anormal (dilatación de cavidades derechas o infarto pulmonar, *Joroba de Hampton). Electrocardiograma. Útil para valorar signos de sobrecarga derecha e hipertensión pulmonar asociada. Muestran una sensibilidad del 23,5% y una especificidad del 97,7%.

P-1476

QUÉ MAL HUELEN LOS BAJOS

L Hernández de Francisco, MJ García Miranda,
C Pérez Fernández, AM Chuchón Alva, S Valverde Martínez

Hospital Nuestra señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: fascitis-sepsis-necrotizante

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 41 años de edad. No fumador, obesidad mórbida, SAHS severo en tratamiento con CPAP, DM tipo 2, HTA, Hipercolesterolemia, Cardiopatía hipertensiva, TEP bilateral diagnosticado en julio de 2014. Tratamiento habitual: Omeprazol, Metformina, Victoza, Enalapril, Captopril, Nebivolol, Atorvastatina, Aldactone. Acude a Urgencias por presentar desde hace 1 mes, sangrado escrotal maloliente abundante, con edema escrotal con heridas ulceradas tanto en escroto como abdomen. Exploración: Afebril, constantes normales. Hidratado y perfundido. Abdomen: Blando. Doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen inferior, úlceras abdominales malolientes, pútridas y crepitantes. Resto de exploración anodina. Analítica: Leucocitos: 26,2 con desviación izquierda. Hb:7.8, PCR:30, resto : Normal. Se confirma tras TC diagnóstico de fascitis necrotizante a nivel abdominal e inguinal y se realiza desbridamiento quirúrgico por parte de cirugía y urología. Ingresa en UCI para control de su cuadro séptico. A su ingreso en UCI se procede a monitorización continua habitual, fluidoterapia, sedación con fentanest y midazolan. Altos requerimientos de forma inicial de FiO₂ para conseguir saturación de O₂ adecuada. Hiperglucemias mantenidas de hasta 600 mg/dL, por lo que se inicia perfusión de insulina según protocolo. Cobertura antibiótica para fascitis necrotizante con Tazocel y Linezolid. A las 12 horas de ingreso en UCI presenta situación comprometida a nivel respiratorio y séptico. Al tercer día de ingreso su evolución es desfavorable por su cuadro de shock séptico y FMO que no responden a tratamiento médico. Fascitis necrotizante abdominal con desestimación de nuevas intervenciones por parte del S. cirugía. Dada la situación clínica actual incompatible con la vida y tras información a los familiares se decide limitación del esfuerzo terapéutico (LET) según protocolo de la Unidad. Fallece por Shock séptico y Gangrena necrotizante abdominal. Juicio clínico: Fascitis Necrotizante abdominal.

CONCLUSIONES:

Se trata de una enfermedad grave y de una verdadera urgencia quirúrgica. Por ello el diagnóstico precoz en Atención Primaria y la derivación urgente al hospital para realizar el desbridamiento precoz y amplio son fundamentales para mejorar el pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1477

FALLECIMIENTO TRAS MORDEDURA DE GATO

S González Caminero, M Martínez Fort, N Campos Olivé,
P Sánchez López, R Díaz Contreras, M Serrano Gil, M García Zurita

Hospital de Manises. Valencia

PALABRAS CLAVE: mordeduras-sepsis-muerte

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Hace varios meses se presenta en el servicio de urgencias hospitalario una mujer de 41 años natural de Brasil pero residente en nuestro país que consulta por malestar general con fiebre desde hacía un par de días tras mordedura de gato callejero. Al parecer el ayuntamiento ya había sido informado de que en la urbanización merodeaban últimamente múltiples de estos felinos pero no se había tomado ninguna medida. La paciente esa tarde se había acostado bien pero al levantarse de la siesta el marido la encontró agitada, con relajación de esfínteres e incoherencia en el lenguaje avisando al SAMU. La paciente no presentaba comorbilidades conocidas y por tanto no se medicaba. Únicamente en su historial aparecía registrado un contacto de abuso de tabaco y alcohol con analítica general con GGT elevada de 210. A nuestra exploración se mantenía colaboradora, con cierta agitación psicomotriz y lenguaje incoherente con resto de exploración neurológica sin focalidad. Sibilantes teslespiratorios a la auscultación y rodete necrótico en muñeca derecha. Constatamos una FC 143 lpm con ECG sinusal sin isquemia aguda, TA 146/55, SO₂ 89%, y T° 38.3. Se inicia fluidoterapia y oxigenoterapia y se administra la primera dosis de antibioterapia (cefalosporina de 3ª generación) Rx tórax sin derrame ni condensación. Analítica: glucosa 77, PCR 285, creatinina 1.54, urea 30, sodio 128, potasio 2.6, leucocitos 3000, Hb 12.4, plaquetas 37000, Quick 41.8% Orina: Proteínas>500, eritrocitos 200, nitritos +, leucocitos 70 con tóxicos ? Gsometría: pH 6.96, pCO₂ 34, pO₂ 22, lactato 6.7, HCO₃ 7.6 Conocidos los valores analíticos se procede al aporte de bicarbonato y de cloruro potásico, pero al poco tiempo de iniciar las perfusiones la paciente sufre parada cardiorespiratoria con postura de descerebración. Se inicia RCP e IOT por UCI con recuperación del ritmo a los 30 minutos pero a la hora la paciente fallece. A los tres días del fallecimiento se aísla en hemocultivos *Pasteurella Multocida*.

CONCLUSIONES:

Indicar que la bacteriemia por *P. multocida* es infrecuente y se relaciona con inmunodepresión, neoplasia maligna, broncopatía crónica y cirrosis. Dado el cuadro séptico y que la paciente tenía que repararse a su país natal su marido rechazó la realización de autopsia.

P-1478

TÉTANOS POR PINCHAZO CON UN ROSAL

R Gil Alcaraz, E Bellido Pastrana, R Sigüenza González

Hospital Punta Europa. Algeciras (Cádiz)

PALABRAS CLAVE: tétanos-neurotoxina-trismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 68 años que acude a urgencias acompañada de su esposo por fiebre de 2 días de duración acompañado de cefalea astenia anorexia y dolor generalizado con espasmos musculares. A su llegada se encuentra febril con aceptable estado general y hemodinámicamente estable. HISTORIA CLÍNICA: No alergia a fármacos, antecedentes de HTA e hipercolesterolemia con enalapril 20 y simvastatina. EXPLORACIÓN FÍSICA: Aceptable estado general, consciente orientada y colaboradora, eupneica y febril 38°C. Exploración neurológica normal. No rigidez meníngea. Auscultación a 100 lpm. Murmullo vesicular conservado. Abdomen normal. No edemas en extremidades. Herida punzante con eritema y edema perilesional en tercer dedo mano derecha. TA: 87/60 mmHg. Glucemia 120 g. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Leucocitos 18,3 Hb 10,6 g/dl Plaquetas 339 Bioquímica: Glucemia 118. Urea 22. Creatinina 0,8. Resto de iones, transaminasas, PCR 13. Sedimento de orina: normal. Rx de tórax sin hallazgos agudos. Durante su estancia en el servicio comienza con deterioro del nivel de conciencia, oligoanuria con deterioro de la función renal y espasmos musculares intensos e intermitentes con rigidez generalizada. Pasa a observación y tras la reevaluación, su marido comenta que se pinchó en el dedo con un rosal hacía unos 7 días. Al preguntarle sobre la vacunación antitetánica comenta que se la pusieron en la infancia. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síndrome febril a estudio, Convulsiones, Tétanos. EVOLUCIÓN: Ante la sospecha clínica de tétanos y la mala evolución de la paciente, ingresa en cuidados intensivos donde se inicia tratamiento intravenoso con penicilina, perfusión de Diazepam y desbridación quirúrgica de la herida. Tras ingreso de 15 días la paciente es dada de alta a planta sin secuelas. DIAGNÓSTICO AL ALTA: Infección por tétanos secundaria a herida por rosal.

CONCLUSIONES:

El tétanos constituye un grave problema de salud que podría evitarse poniendo énfasis en la profilaxis. Se debe revisar la vacunación de todos los pacientes. Instalado el cuadro clínico y hecho el diagnóstico, es imprescindible un adecuado seguimiento del paciente, y su ingreso en cuidados intensivos. Aunque su mortalidad es muy alta, en los pacientes que la superan la recuperación es completa. Es fundamental dado su mal pronóstico pensar en esta enfermedad en casos de pacientes no vacunados.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1491

FASCITIS NECROTIZANTE COMO DEBUT
DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

IM Sánchez Pérez (1), MF Albarracín Vélchez (2),
C Piedra Rodrigo (2), IM Martín Esteve (2)

(1) SUE Lorca-Gerencia 061. Murcia. (2) Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: fascitis necrotizante-*Clostridium septicum*-shock séptico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 41 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo a nivel de pantorrilla de 7 horas de evolución que ha ido aumentando de intensidad. A su llegada la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, presenta dolor a la palpación en gemelo izquierdo sin cambios de color ni temperatura se, extrae analítica y se administra analgesia intravenosa. Analítica se objetiva: hematíes: 2.29000/uL hemoglobina: 7.70 mg/dl, leucocitos: 15.600/uL (23.4%N), células LUC: 27.4%, plaquetas: 63.000. Coagulación: INR: 1.38, Dímero D: 8.3. En menos de 2 horas, aumenta la inflamación del miembro hasta la rodilla, aumento de temperatura y aparece crepitación subcutánea, ausencia de pulsos poplíteos, el dolor es resistente a mórficos, además esta hipotensa y con fiebre. Se realiza de forma urgente un TAC que es informado como: presencia de gas con importante infiltración de músculos de la pierna, hallazgos compatibles como fascitis necrotizante como primera posibilidad. Es intervenida de forma urgente por cirugía vascular siendo necesaria la amputación supracondilea del miembro inferior izquierdo en situación de sepsis, se inicia tratamiento con daptomicina +clindamicina+imipenem El aspirado de medula ósea confirma un proceso mieloide agudo, el hemocultivo es positivo a *clostridium septicum* La paciente permanece 18 días en reanimación donde sufre sobreinfecciones de herida quirúrgica con diferentes gérmenes, siendo necesarios curas y debridamientos repetidos en quirófano, tras estabilidad clínica, ingresa en servicio de hematología para tratamiento de su leucemia.

CONCLUSIONES:

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y de los tejidos blandos que suele asociarse con una importante toxicidad sistémica. Supone la forma más grave de infección de partes blandas, debido a la rápida destrucción y necrosis tisular y al desarrollo, en un tercio de los pacientes, de shock y fracaso multiorgánico. Los factores predisponentes son: diabetes, inmunodepresión y alcoholismo entre otros. Cuatro signos clínicos principales deben hacer sospechar la presencia de una infección necrotizante: edema e induración más allá del área eritematosa, existencia de ampollas o flictenas, crepitación o presencia de gas en las pruebas de imagen, y ausencia de linfangitis o adenitis asociada.

P-1495

ME CANSO HIJA MÍA

M García Palacios (1), D Fernández Camacho (1), MC Quesada Martínez (1),
C Espín Giménez (1), RL Navarro Silvente (1), MD Medina Abellán (2),
Y García Palacios (3)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. (3) CS Espinardo.
(3) CS Hellín 1. Murcia

PALABRAS CLAVE: disnea-nódulo pulmonar-metástasis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA. Sd depresivo. Anemia por déficit ácido fólico y vit B12. TRATAMIENTO CRÓNICO: Litio 400 mgr, amlodipino 5 mgr, foli-doce, duloxetine 60 mgr, Mirtazapina 30 mgr, quetiapina 0.25. SITUACIÓN BASAL: Independiente ABVD. Grado NYHA I: Sin limitación actividad física. ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer 86 años que refiere disnea de 1 mes, que ha empeorado en la última semana, hasta hacerse de reposo, tos seca, sibilancias audibles, aumento de edemas, disnea paroxística nocturna que cede tras lorazepam. Refiere pérdida de apetito, astenia y pérdida de peso (no cuantificada) desde hace 3 meses. Exploración física: Tensión arterial: 108/62, Temperatura 37.07, Frecuencia cardiaca 82%, Saturación de oxígeno 95% con O2 Gafas nasales 2lpm. Disnea. Auscultación cardiaca: rítmico, soplo sistólico foco aórtico II/VI. Auscultación pulmonar: hipoventilación base derecha anterior y posterior, resto murmullo vesicular conservado. Extremidades: Edemas con fovea ++++ hasta tercio proximal ambas piernas. Inspección mamaria: Retracción mamaria bilateral (presente desde el nacimiento). Adenopatía axilar derecha 1 cm diámetro, y a nivel cervical anterior derecho. Pruebas complementarias: Electrocardiograma normal. Laboratorio: PROBNP 813, Hemoglobina 9.6, Hematocrito 30, Volumen corpuscular medio 99.3, resto normal. Gasometría arterial: PO2 58.7, resto normal. Radiografía tórax: Derrame pleural derecho, loculado. Nódulo pulmonar porción superior hemitórax derecho. TAC Tórax: Múltiples adenopatías cervicales, mediastínicas, axilares y abdominales de aspecto patológico. Múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Severo derrame pleural derecho parcialmente loculado, atelectasia pulmonar derecha asociada. Se decide ingreso Medicina Interna. Tac abdominal: Múltiples adenopatías región ligamento gastrohepático, perigástricas, periesplénicas, peripaneáticas, retroperitoneales, mesentéricas, pélvicas e inguinales. PAAF ganglio axilar: Adenitis crónica, reactiva inespecífica. Broncoscopia: Colapso bronquios LID y LM probable causa extrínseca. Aspirado Bronquial y Citología: negativo células malignas. Biopsia Bronquial: sin signos de malignidad. Durante el ingreso deterioro progresivo, a pesar de drenaje de derrame pleural, y a los 20 días es éxitus.

CONCLUSIONES:

La disnea es motivo habitual de consulta en los servicios de urgencia. Su presencia sugiere la existencia de importantes alteraciones fisiológicas que es indispensable identificar para poder llegar a un diagnóstico etiológico y a un tratamiento definitivo. Una buena anamnesis y completa exploración física y una radiografía de tórax, nos ayudan a diferenciar el origen de la disnea.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1496

COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y VASCULARES EN ADICTOS
A DROGAS VÍA PARENTERAL

MA Cazorla Méndez (1), MJ Huertas Sánchez (1), JJ Soria Torrecillas (2),
V Asensio Villanueva (1), M Lozano Espinosa (1), YI Jarabo López (1),
M Egea Simón (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Hospital Santa Lucía. Murcia

PALABRAS CLAVE: tromboflebitis-trombosis-endocarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 45 años que consulta por eritema y dolor en cara medial del muslo izquierdo. Asocia fiebre las últimas 48 horas. La paciente lo relaciona con la administración parenteral de cocaína en el muslo. Antecedentes personales: HTA, VIH sin tratamiento en actualidad, TBC en 2000, hepatitis crónica por VHC, trastorno de la personalidad tipo Cluster. Consumidora de cocaína por vía parenteral. Exploración física: FC 110 lpm, FR 20 rpm TA 145/100 SaO₂ 97% T° 37.6° caquectica. ACP: Rítmico. Soplo diastólico III/VI foco aórtico. MVC. Abdomen: Normal. Extremidades: En cara interna del muslo izquierdo presenta placa eritematosa tumefacta y dolorosa a la palpación de aproximadamente 15x10 cm. Se palpa cordón indurado en la región. Lesión ulcerada en zona de venopunción. A nivel de maléolo tibial izquierdo presenta ulcera de bordes irregulares de 1 cm aproximadamente. Pulso pedio + bilateral. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, PCR 19.36, Dímero D 540 ng/mL. Rx tórax: Normal. ECG: Normal Doppler de extremidades arterial y venoso: Trombosis venosa profunda de vena femoral común. Tromboflebitis superficial de safena mayor incluido el cayado. Evolución: Durante su estancia en urgencias y ante el diagnóstico tromboflebitis y trombosis venosa profunda probablemente séptica y alta sospecha de endocarditis se inicia antibioterapia y se anticoagula a la paciente. Se aísla *Stafilococo aureus* sensible a metilicina (SAMS) en hemocultivos extraídos en urgencias y en lesión del muslo. En ecocardiografía transtorácica realizada en planta se describe vegetación aórtica que condiciona insuficiencia aórtica severa. JC: Endocarditis bacteriana sobre válvula aórtica nativa por SAMS. Tromboflebitis superficial de safena mayor y Trombosis venosa profunda femoral séptica por SAMS en miembro inferior izquierdo.

CONCLUSIONES:

La venopunciones reiteradas sin asepsia originan tanto infecciones localizadas en la zona de inyección como a distancia. Los microorganismos de la piel son los responsables más frecuentes de la endocarditis, aunque la contaminación de las drogas y los artilugios empleados también contribuyen a la bacteriemia. El *S. aureus* se aísla en 50-70% de los casos. Las localizaciones más frecuentes son la válvula tricúspide hasta 46-54% de los casos, la aórtica en el 19-25% y la mitral en el 20-32%.

P-1499

STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS Y TOMOGRAFÍA AXIAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO

V Molina Samper, T Rodríguez, M Igartua, N Velilla Mendoza,
F Beramendi Garciandía, M Castro Neira

Hospital de Navarra. Pamplona

PALABRAS CLAVE: sepsis-*Streptococcus intermedius*-tomografía axial

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 54 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, valorado en Centro de Salud por síndrome febril acompañado de mialgias generalizadas, sin claro foco. A pesar de antitérmicos en domicilio y medidas físicas, presenta empeoramiento de su estado general por lo que el paciente acude al Servicio de Urgencias: TA 90/57, FC 120, Sat 85% FR 40 y T° 40 °C. Se realiza analítica sanguínea Leucocitosis 27600, BT 3.6, Creatinina 2.2 mg/dl, GOT 223 U/l, GGT 219 U/L, FA 179 U/L, PCR >320 y PCT 6.5. En RX tórax se objetiva imagen de consolidación basal bilateral así como pinzamiento de ambos senos costofrénicos. Se recoge muestra de orina (sedimento negativo) para Urocultivo y se extraen muestras para Hemocultivos. Frotis nasofaríngeo: negativo Buena respuesta a fluidoterapia, anti-téticos iv y antibioterapia (inicialmente Ceftriaxona + Levofloxacino). Durante el ingreso se realiza TAC toracoabdominal: imágenes nodulares múltiples compatibles con émbolos sépticos pulmonares, abscesos hepáticos múltiples y trombosis de vena suprahepática con extensión a cava, de probable origen séptico. Se programa drenaje percutáneo del absceso hepático de mayor tamaño y se aísla *Streptococcus intermedius* (asimismo crecimiento en los 4 frascos a las 24h de su extracción). Se continúa tratamiento con Ceftriaxona 2g/12h, con buena evolución TAC 10 días: reducción dimensional de las masas, compatibles con émbolos sépticos. Mínimo derrame pleural de predominio izquierdo. TAC 45 días: no se observa trombosis venosa de venas suprahepáticas ni hallazgos en abdomen o tórax.

CONCLUSIONES:

La bacteria *Streptococcus milleri* es una variedad de streptococcus viridans. Se divide en tres clases: *Str. anginosus*, causante de sepsis y endocarditis, *Str. constellatus* y *Strep intermedius*, capaces de ocasionar abscesos. Este grupo de bacterias suelen encontrarse en la cavidad oral pero también en tracto digestivo, vías respiratorias superiores y mucosa vaginal. En este caso, además del diagnóstico microbiológico, se valora la importante contribución de la imagen por TAC tanto en el diagnóstico como en la valoración evolutiva.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1501

BULLA GIGANTE

C Carrillo Chimbo, L Arboleda Álvarez, M Padilla Suraña,
D Fernández Suárez, L González González, C Martínez Llana,
A Gutiérrez González

Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias)

PALABRAS CLAVE: disnea-bulla-alteración radiológica

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 44 años, asmático, que consulta a su MAP por cuadro de aumento de su disnea de varios días de evolución, tos poco productiva, sin fiebre ni otra sintomatología, tratado con Inhaladores y corticoides vía oral, con mal control evolutivo a las 48 horas por lo que es derivado a urgencias para valoración. EX. FÍSICA Tª 36.9, FC 79, FR 14 pm, TA: 150/75, Sat O2 98%. Palidez cutánea, AC: Rítmica sin soplos, AP: Leves crepitantes basales y sibilancias aisladas en campos pulmonares. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Leucos 15.100 (88% S, 2% C, 8% L), Bioquímica sin alteraciones, Gasometría: pH 7.4, pO2: 80%, pCO2: 38, SatO2: 92% Rx Tórax: Hiperclaridad pulmonar lobar en LSI, en probable relación con Sd. Swyer-James-McLeod. Tenue aumento de densidad en LSG, sugestivo de proceso neumónico en fase incipiente. Se decide ingreso en neumología para completar estudios TAC TORACICO: Bulla gigante que ocupa todo el LSI. Enfisema centrolobulillar y paraseptal en ambos LsSs. Pequeñas bronquiectasias cilíndricas bilaterales. Evolución: buena evolución clínica tras tratamiento con antibióticos y nebulizaciones, solicitando Interconsulta con Servicio de Cirugía Torácica de hospital de referencia. Paciente que tras ser valorado por CT es sometido a Bullectomía por Torocotomía. Evolución favorable en cuanto a clínica respiratoria pero presenta dolor intenso en área quirúrgica con mala respuesta a múltiples tratamientos analgésicos por lo es valorado por Unidad de Dolor. Actualmente permanece con controles de neumología y unida de dolor con evolución fluctuante.

CONCLUSIONES:

Se conocen diversos procesos que cursan con hiperclaridad pulmonar unilateral en los estudios radiológicos del tórax, produciendo confusión diagnóstica. Puede tratarse de anomalías congénitas como el enfisema lobar, los quistes broncogénicos o adenomatosos y el pulmón hiperclaro unilateral, o bien de enfermedades adquiridas como el neumatocele, las bullas enfisematosas o más frecuentemente, la enfermedad bullosa del pulmón. Los cambios degenerativos parenquimatosos que se producen, pueden conducir a la formación de dilataciones no epitelializadas de el espacio aéreo. Cuando su diámetro es mayor de un centímetro se denominan bullas. En su evolución, las bullas pueden permanecer estables y silentes o bien manifestarse clínicamente por diversas complicaciones. Diagnóstico diferencial: TEPA, Neumotórax, Síndrome de Swyer-James-MacLeod.

P-1502

RIESGO EN EL PERIODO VENTANA DE LA ANTICOAGULACIÓN

V Morell Jiménez, E Caro Vázquez, MC Rodríguez Casimiro,
JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, AR Boscá Crespo

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: ictus-ablación-anticoagulación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Paciente varón de 55 años de edad con antecedentes personales de hipertensión y fibrilación auricular paroxística en tratamiento con enalapril, bisoprolol y rivaroxabán, que acude a urgencias traído por servicios de emergencias extrahospitalarias al comenzar con discurso incoherente e ininteligible con una hora de antelación a su llegada al hospital. Cabe destacar suspensión de anticoagulación oral hace 72 horas siendo reemplazado por enoxaparina a dosis profilácticas para realización de ablación de venas pulmonares en el día de ayer por fibrilación auricular paroxística. La anticoagulación con rivaroxabán se reinició posterior a la ablación sin incidencias. Exploración física: Regular estado general TA 100/60mmHg, Fc 80lpm, Sat O2 98%. ACP: tonos rítmicos y audibles. No soplos. MVC. Neurológico: anisocoria, pupila derecha midriática con reactividad lenta, con reflejo fotomotor directo y consensuado presentes. Pruebas complementarias: TAC cráneo: sin alteraciones relevantes. Rx tórax: ICT normal. Hemograma: Hb 12,8. VCM 92. HCM 28. Leucocitos 10600. Plaquetas 182000. Coagulación: PT-Act 62%. Bioquímica: Glucosa 92. Urea 46. Creatinina 1,3. Na 132. K 4. Gasometría venosa normal. Evolución: Se decide ingreso en área de observación para evolución y observación neurológica. A las ocho horas de inicio del cuadro persistía con anisocoria, alteraciones en la denominación, dificultad en la repetición de frases complejas y disminución de la fluencia, aunque sin problemas semánticos.

CONCLUSIONES:

El período ventana de la suspensión temporal de la anticoagulación oral para la realización de técnicas intervencionistas a pesar de ser sustituida por enoxaparina a dosis profilácticas suponen un período que, aunque de escaso porcentaje, es de riesgo vital para el paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1503

LA PUNCIÓN LUMBAR, UNA PRUEBA SIEMPRE A TENER EN CUENTA ANTE CLÍNICA NEUROLÓGICA

JL Martínez Fernández, AF Perea Fernández, C Fernández Alcalá,
JE Cobo Muñoz

Hospital Ciudad de Jaén

PALABRAS CLAVE: punción lumbar-prueba diagnóstica-clínica neurológica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 64 años remitido desde Hospital Comarcal al de Especialidades para estudio en neurología de lesión intracraneal tras realización de TAC intracraneal con/sin contraste informando como ?imagen nodular de 7mm que no capta contraste, sin efecto masa ni edema, aconsejando estudio con RNM (plantan diagnóstico diferencial de tumores intracraneales) y una sinupatía maxilar y etmoidal derecha. Desde hace 3 días cefalea intensa, ptosis y lagrimeo con mucosidad de vías altas con sensación distérmica tratado por su médico sin mejoría, y diagnosticada en su hospital de migraña. A las 24 horas deterioro de conciencia con afasia sin focalidad motora por lo que se le realiza TAC craneal. A su llegada a nuestro servicio de urgencias, persiste la clínica neurológica sin signos meníngeos apreciables, en la analítica que aporta destaca una leucocitosis importante con neutrofilia y desviación izquierda, que se confirma con nueva analítica junto con una PCR elevada de 240. Se plantea Punción Lumbar, firmando los familiares consentimiento, ya que además de los diagnósticos diferencias de tumores, se plantea el de cuadro infeccioso intracraneal-meningitis, encefalitis.. iniciando tratamiento empírico con antibioterapia y cursándose hemocultivos La PL presenta líquido turbio con abundantes leucocitosis (1120), PMN 80%, GLUC 100, PT 119 sugerente de infección bacteriana por lo que se avisa a UCI, ingresándose en dicho servicio con sospecha de meningitis/encefalitis. Evoluciona desfavorablemente, en RNM realizada posteriormente informa de cerebritis y empiema izquierdo. El paciente persiste en shock séptico y sin respuesta a tratamiento siendo finalmente exitus.

CONCLUSIONES:

La meningoencefalitis en una entidad a menudo mortal y sobre todo si no se diagnostica de forma rápida, por las mismas complicaciones que provoca el cuadro, cerebritis empiemas y absceso cerebral... En urgencias ante todo cuadro neurológico si hay acompañante una sospecha de infección por clínica y analítica, debe siempre plantearse la punción lumbar y si tras el TAC craneal no lo contraindica, aunque aparezcan imágenes sugerentes de LOES, debe realizarse porque el pronóstico cambia mucho, aunque las pruebas de imagen no nos lo sugieran, el retardo del tratamiento incrementa el riesgo de secuelas, así como la letalidad.

P-1504

MUJER DE 48 AÑOS QUE CONSULTA POR DISNEA BRUSCA TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON ÁCIDO TRANEXÁMICO

AM Muñoz Valero (1), R Domínguez Álvarez (1), MJ Mejías Estévez (2)

(1) Hospital Virgen Macarena. Sevilla. (2) Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

PALABRAS CLAVE: tranexamic acid-thromboembolic disease-polymenorrhea-anticoagulation therapy

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 48 años que presenta disnea y dolor torácico izquierdo punzante tras correr una corta distancia para montarse en autobús, en sedestación persiste disnea, por lo que contacta con servicios de emergencias, quienes toman constantes, normales, y derivan a Urgencias. Antecedentes personales: epilepsia primaria, hipotiroidismo, polimenorrea por mioma uterino pendiente de embolización, por la que había iniciado ácido tranexámico 5 días antes en dosis de 500mg/12h. Resección de adenoma de parótida. Conización de cérvix uterino por lesión de alto grado CINII. Madre fallecida por TEP masivo. A su llegada a Urgencias persiste sintomatología, con buen estado general, PA142/93, FC101s-pm, saturación basal de oxígeno del 99%. Bien perfundida. Eupnéica. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Dolor a la palpación en zona gemelar izquierda sin empastamiento, maniobra de Hommans negativa. Se realiza ECG: en ritmo sinusal a 90smpm con patrón SIQIIITIII, infradesnivelación del ST en cara lateral. Escala de Wells para TEP 1.5 puntos. Se solicitan pruebas complementarias: - Hemograma: Hb 7.5g/dl microcítica-hipocrómica, resto sin alteraciones. - Bioquímica básica: normal. - Enzimas cardíacas, troponinaT-hs: 93ng/L. - Estudio de coagulación: normal. DDímeros 11130ng/ml. - Radiografía de tórax: pinzamiento del seno costofrénico lateral izquierdo, sin otras anomalías. A la vista de los resultados, se administra 1ª dosis terapéutica de enoxaparina, ingresa en Observación, se programa hemotransfusión (menstruación activa) y se solicita angioTC torácico: múltiples defectos de repleción en ramas lobares y segmentarias de ambas arterias pulmonares sugestivos de tromboembolismos bilaterales, asocia pequeños infartos pulmonares bilaterales. Diagnósticos: TEP bilateral. Anemia en rango transfusional de origen ginecológico. Ingres en planta de Medicina Interna. Se descarta TVP en MII mediante ecoDoppler, TC abdomino- pélvico, ecocardiografía y enzimas cardíacas normales. Persistiendo la menorragia y siendo preciso anticoagulación mantenida, por parte de Ginecología se inicia tratamiento con acetato de Ulipristal, se plantea histerectomía tras episodio agudo del TEP.

CONCLUSIONES:

La ficha técnica del ácido tranexámico refleja riesgo de tromboembolismo arterial o venoso con una incidencia desconocida pero infrecuente, inferior a 1 caso/100. Se contraindica en epilépticos y debe valorarse su indicación en personas con historia de eventos trombóticos familiares. Describimos un TEP 2ª a ácido tranexámico (aún pendiente del estudio de trombofilia) y la necesidad de anticoagulación en el contexto de un sangrado activo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1506

TROMBOSIS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA
POR UN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

ME Méndez Infesta, B Martínez Mengual, MJ Amador Tejón,
MI Rodríguez Rodríguez, A Municio Heras, AM Pérez Clemente

Hospital Universitario San Agustín. Avilés (Asturias)

PALABRAS CLAVE: antifosfolípido-trombosis-lúpico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 37 años con antecedente de asma en la infancia, trombosis del seno longitudinal y transversal en 2001 en probable relación con anticonceptivos orales. Insuficiencia renal crónica (ERC) secundaria a pielonefritis izquierda desde 2008. Muerte fetal en la 25 semana de gestación, en abril 2015, en relación a preeclampsia. Ingreso en agosto 2015 por dolor abdominal, con diagnóstico de gastritis crónica e ERC agudizada al alta. En este ingreso presenta por primera vez anticoagulante lúpico (AL) débilmente positivo, con resto de estudios normales. Ingresa en septiembre 2015 por cefalea y parestesias en miembro superior izdo de 3 días de evolución, notando claudicación del mismo desde unas semanas antes. Refiere también clínica de claudicación intermitente de miembros inferiores de meses de evolución. Se realiza angiografía axial computarizada observando trombosis completa de arteria subclavia izda y eco-doppler con estenosis de arterias poplíteas. Se deriva al servicio de Cirugía Vascular donde posteriormente se confirma AL positivo. Con la clínica y AL positivo se diagnostica de síndrome antifosfolípido (SAF) siendo tratada con anticoagulación oral.

CONCLUSIONES:

El SAF es una enfermedad autoinmune multisistémica, de etiología desconocida, que se caracteriza por trombosis de repetición, abortos espontáneos y/o pérdidas fetales, asociada a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aAF). Los aAF son AL, anticardiolipina y anti-2-Glucoproteína. Es un proceso de baja frecuencia, se estima una prevalencia de 40 casos/100.000 habitantes y una incidencia de 5 casos nuevos/100.000 habitantes/año. Afecta predominantemente a las mujeres y se asocia frecuentemente a enfermedades autoinmunes, sobre todo lupus eritematoso sistémico. La trombosis venosa profunda (TVP) es la manifestación más frecuente, ocurre en el 30-55% de los pacientes, siendo más observada en pacientes con AL. La trombosis arterial afecta sobre todo a la circulación cerebral aunque puede afectar cualquier vaso. En este caso, es una mujer joven que cumple todos los requisitos clínicos, con positivización tardía del AL, y que precisará anticoagulación de por vida. Debemos recordar que el SAF es responsable del 20% de los episodios de TVP y de hasta un tercio de los accidentes cerebrovasculares en los individuos menores de 50 años. Se trata pues, de una patología infrecuente pero con alta morbilidad.

P-1508

CUANDO EL GOLD STANDARD FALLA

A Esteban Villacampa, P Villavicencio Luján, C Greoles Royo,
J Alcalá Aniento, O Montes Pineda, C Romero Ramírez,
J Montesinos Cots

Hospital del Vendrell. Tarragona

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-insuficiencia respiratoria-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 67 años, exfumador, diabético y portador de traqueostomía por neoplasia de laringe que consulta por disnea brusca de 4 horas de evolución con tos seca y sensación distérmica. A la exploración destaca intensa taquipnea con discretas sibilancias. Auscultación cardíaca rítmica a 120 lpm sin soplos. En extremidades inferiores no presenta signos de TVP, ni edemas distales. A su llegada a urgencias afebril con TA 105/65, frecuencia cardíaca 120 lpm, taquipnea a 35rpm y saturación de oxígeno de 85% pese a oxigenoterapia intensiva. Se comienza tratamiento con corticoides y nebulizaciones, con escasa mejoría. Analíticamente 3300 leucocitos con 85% de neutrófilos, PCR de 250 y D dímero de 3,9, pH 7,49, PaCO₂ de 31 y PaO₂ de 43. Rx tórax sin alteraciones y en electrocardiograma taquicardia sinusal. Ante la sospecha de Tromboembolismo pulmonar se comienza tratamiento anticoagulante con clexane y se solicita angiotac que se informa como normal. A las 12 h realiza un pico febril de 38,5°C por lo se inicia tratamiento antibiótico previa toma de hemocultivos. Avisan a las 24h por desaturación y aumento de trabajo respiratorio, llama la atención un intenso estridor por lo que se intenta aspiración a través de la traqueotomía sin éxito. Se solicita colaboración urgente con Otorrinolaringología que realiza fibroscopia con extracción de un coágulo de gran tamaño consiguiéndose una importante mejoría clínica. Se suspende anticoagulación y se contacta con Neumología que realiza Broncoscopia flexible extrayéndose múltiples coágulos y restos hemáticos en carina, tráquea y árbol bronquial bilateral sin evidencia de punto sangrante ni masas. Con todo ello se estabiliza el paciente alcanzando saturaciones del 95 % por lo que se decide ingreso en planta. A las pocas horas de su ingreso avisan por parada cardio-respiratoria iniciándose maniobras de reanimación sin éxito. De acuerdo con familiares se solicita necropsia que concluye como causa de fallecimiento Tromboembolismo pulmonar bilateral masivo.

CONCLUSIONES:

Todas las pruebas diagnósticas tienen una especificidad y sensibilidad determinadas que nunca es del 100% de ahí que debemos apoyarnos en ellas pero nunca olvidarnos de la clínica y la exploración.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1509

REQUIEM POR UN SUEÑO

**E Galán Dorado, J Rojas Marcos Rodríguez de Quesada,
E de la Peña Parra, A Alonso Torres, MD Joya Seijo,
MJ Venegas de L'Hotellerie, B Rodríguez Miranda**

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid)

PALABRAS CLAVE: neurocysticercosis-hydrocephalus-taenia solium

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 41 años, natural de Bolivia, como único antecedente presenta cirugía de colostomía y nefrectomía izquierda por herida por arma blanca. Encontrándose previamente asintomático en domicilio, comienza con cuadro de malestar general con molestias epigástricas y cefalea. El paciente se va a dormir y dos horas después es encontrado inconsciente, sin respuesta a estímulos. Se avisa a 112 que traslada a Urgencias. Empeoramiento a su llegada al hospital con GCS de 5 con pupilas mióticas reactivas. RCP indiferente bilateral. Se realiza TAC urgente que objetiva hidrocefalia triventricular con signos de hipertensión intracraneal. A la reexploración el paciente está más despierto, con GCS 8. Ingresa en UCI. Tras unas 2 horas, el paciente ha mejorado del nivel de conciencia, algo bradipsíquico y desorientado pero respondiendo preguntas y sin focalidad neurológica aguda. Dado la mejoría progresiva se decide continuar con tratamiento médico y evitar derivación externa. Pasa a planta de hospitalización con recuperación de situación basal previa. Se realiza RMN craneal con mejoría de hidrocefalia, identificándose lesiones quísticas en interior de 4º ventrículo con extensión periventricular izquierda y en cisterna ambiens izquierda. Estudio analítico y serológico completo donde destaca eosinofilia periférica y serología positiva a Echinococcus Granulosus. Rx de muslo donde se objetivan múltiples calcificaciones. Se diagnostica de neurocisticercosis, (interpretándose la serología de Ech. Granulosus como reactividad cruzada). Se trata con Praziquantel y Albendazol (de forma prolongada tras el alta), asociándose inicialmente corticoides. Presenta mejoría de las lesiones quísticas en RMN de control.

CONCLUSIONES:

La neurocisticercosis está causada por la afectación del sistema nervioso central por las larvas del parásito Taenia solium (los cisticercos). Endémica en muchos países en vías de desarrollo. Los cisticercos también tienen afinidad por músculos, tejido subcutáneo y ojos. Puede producir crisis epilépticas, cefalea y otros síntomas de hipertensión intracraneal. En nuestro caso la presentación es atípica con rápido deterioro del nivel de conciencia y recuperación espontánea en pocas horas. Afortunadamente la evolución fue satisfactoria así como la respuesta terapéutica, evitándose plantear una intervención quirúrgica, de gran riesgo para el paciente por la localización de las lesiones.

P-1532

DOCTOR, CONFÍE EN MI, YO SIEMPRE RESPIRO ASÍ

A Gómez Díaz, C Ortega Condés, M López Cano

Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona

PALABRAS CLAVE: pulmonary embolus-thrombosis-thromboembolism

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente derivado a Urgencias desde centro de atención primaria por aumento de volumen, eritema y aumento de temperatura de pierna derecha de 1 semana de evolución. Varón de 62 años, sin antecedentes familiares de importancia, ex fumador de puros, bebedor habitual de cuatro UBE por día, hipertenso y actualmente en estudio por sospecha de asma y rinitis alérgica. A nuestra visita el paciente niega antecedente traumático, inmovilizaciones prolongadas, dolor o fiebre. Además evidenciamos disnea que refiere haber empeorado dos días antes de su consulta y, que explica como habitual y secundaria a cuadro alérgico en estudio. Al examen físico objetivamos aumento de volumen y temperatura, eritema y tumefacción de pierna derecha hasta 1/3 superior con maniobra de Homans negativa. Se evidencia dificultad a la respiración con frecuencia respiratoria de 24 rpm, sin broncoespasmo, SatO₂ 98% y buena tolerancia. Con los datos recolectados, hasta el momento, orientamos el cuadro TVP y solicitamos pruebas complementarias para confirmar nuestro diagnóstico, en este sentido, analíticamente destacamos Dímero D 2423 con el resto de parámetros analíticos dentro de la normalidad pero no se puede realizar ecografía doppler de MMII por la ausencia del servicio durante el fin de semana. Sin embargo y a pesar de tener una sospecha diagnóstica clara, desconfiamos de la disnea que el paciente refiere como habitual y solicitamos TC TEP que finalmente muestra alteración de arteria pulmonar izquierda con extensión a todas las ramas lobares y rama lobar inferior derecha. Dados los últimos hallazgos, orientamos el cuadro como Tromboembolismo pulmonar secundario a trombosis venosa profunda. El paciente se mantiene hemodinámicamente estable en todo momento, iniciamos tratamiento anticoagulante con enoxaparina y cursamos ingreso en planta de Neumología donde se confirma TVP derecha con ecografía doppler y se mantiene tratamiento anticoagulante pendiente de consulta por Hematología para valorar tratamiento anticoagulante permanente.

CONCLUSIONES:

Este caso es relevante porque demuestra que, en presencia de clínica sugestiva, debemos sospechar hasta de los mínimos hallazgos, por más incidentales que parezcan, a pesar que nos sean referidos como habituales, así podremos afinar nuestros diagnósticos y podremos brindar a nuestros pacientes un tratamiento correcto.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1534

DE UN SIMPLE CUADRO CATARRAL A UNA EMERGENCIA VITAL

**C Marinero Noval (1) D Bonilla Díez (2), M Gordo Bravo (1),
L López Menéndez (1), I Lobo Cortizo (1), BC Di Salvo León (1),
D Serrano Henriques-Gil (1)**

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. (2) Hospital Álvarez Buylla.
Mieres (Asturias)

PALABRAS CLAVE: disnea-expectoración-neumomiocarditis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 42 años procedente de Alemania(en España de vacaciones), acude a urgencias traído por el SAMU. Refiere que hace unos 4 días comienza con sintomatología catarral, tos con expectoración y congestión nasal sin fiebre ni otra clínica. Acude a la farmacia donde le dan ibuprofeno. Hoy, cuatro días después de dicho cuadro, comienza con vómitos para lo que toma Primperan, unas horas después comienza con disnea acompañada de expectoración acuosa y hemoptoica, de color rosáceo. Niega fiebre, si sensación distérmica. Niega antecedentes de interés.

ANTECEDENTES PERSONALES: Trabaja como enfermero en la UVI en Alemania. Deportista. No fumador, ni bebedor. No otros hábitos tóxicos. No HTA, DM ni dislipemia. No otras enfermedades de interés conocidas. No tratamiento medicamentoso previo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC. Disneico. Afebril. SatO₂ 82% sin oxígeno. Sin focalidad neurológica. AC:RsCsRs. Sin soplos. AP: crepitantes gruesos en ambos campos pulmonares. Abdomen: anodino. EEII: no edemas. Pulsos pedios débiles. Frialidad distal. ->Se pauta tratamiento a su llegada a urgencias: -Furosemida 20 mg IV, Ipratropio 500 mcg 2ml nebulizado, Salbutamol 5mg/mL nebulizado. Oxígeno, ventimask al 50%.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: -Rx Tórax Portatil: Patrón intersticial parcheado bilateral hasta campos superiores. - Ecocardio de urgencia: (Realizado con NA): VI no hipertrofico ni dilatado. FEVI levemente afecta (45%) por hipocinesia de segmentos basal y medio de cara anterior y lateral e hipocinesia severa de cara posterior, con hipercontractilidad del resto de segmentos. Cavidades derechas de tamaño y función normales. Ausencia de valvulopatías significativas. No derrame pericárdico. - ECG: sinusal a 90lpm. Descenso difuso del ST. - Analítica: Bioquímica: Glucosa: 216, Urea: 25, Creatinina: 1.12, Sodio: 136, Potasio: 3.9, CK: 385, Troponina T:779, Procalcitonina: 1,NTproBNP:176 PCR:2.8 Hemograma: Hematíes: 5.62, Hemoglobina: 15.6, Leucocitos: 11.86 Coagulación: T. Protrombina: 12.20 seg T. Protrombina (%): 85.0 % T. Protrombina (ratio): 1.11 T. Tromboplastina parcial: 32.80 seg T. Tromboplastina parcial (R.: 1.06 Fibrinógeno derivado: 736 mg/dL Alto(a) I.N.R.: 1.10 D-Dimero: 1435.00 ng/mL -Gasometría: Gasometría arterial: pH:7.41 pCO₂: 38 mmHg pO₂: 66 mmHg Bicarbonato: 24.0 mmol/L CO₂ Total: 25.2 mmol/L Sat O₂:93 %. Diagnóstico DIFERENCIAL -Neumonía intersticial -Insuficiencia cardíaca -Neoplasia no conocida -Taponamiento cardíaco -Miocarditis

DIAGNÓSTICO: Edema agudo de pulmón, a

consecuencia de NeumoMiocarditis. Ante la sospecha de un EAP hay que actuar de manera urgente ya que es una emergencia vital si no se comienza a tratar de manera inmediata.

CONCLUSIONES:

Este caso se trataba de un varón joven sin patología cardiorrespiratoria previa de ningún tipo, lo que nos debe hacer actuar de manera aún más efusiva, comenzando por paliar los síntomas y poco a poco con las pruebas complementarias acercándonos a la patología de base que le genera como consecuencia el EAP y sus complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1537

TROMBOSIS SÉPTICA DE SENO CAVERNOSO

M Orgambides Domingo (1), D Vila Martí (2), I Vigil Megía (3),
A Oltra Garay (4), MC Vázquez Basallote (5),
MT Sánchez Fernández (5), R Blanes García (5)

(1) Hospital de Sagunto. (2) Segorbe. (3) Puerto de Sagunto. (4) Sagunto.
(5) Puerto Sagunto

PALABRAS CLAVE: trombosis-séptica-seno cavernoso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 77 años que consulta por cefalea desde hace 7 días. AP: HTA, DL, Depresión. Tto: antihipertensivos, betabloqueantes, antidepresivo, ansiolíticos. Presenta cefalea intensa pulsátil de inicio gradual, ha ido aumentando de intensidad, asociando náuseas y vómitos. Hace 3 días edema palpebral OI, debilidad, habla gangosa, confusión, marcha inestable y somnolienta. No TCE previo, en las últimas 24h fiebre. TA: 130/52 mmHg, Fc: 62 lpm, T° 37.3 °C. Consciente y orientada, lenguaje conservado. OI: enrojecido con edema palpebral, ptosis y quemosis conjuntival. No signos meníngeos. Pupilas ICYNR. Parálisis facial izquierda. Marcha inestable con caída hacia la derecha. ACP rítmico sin soplos con mvc. Analítica: leucocitosis con PCR: 232. Resto normal. TAC cráneo: normal. PL: Células: 174/mm3 Polinucleares: 73 % Mononucleares: 27 % Glucosa: 34 mg/dl Proteínas totales: 1.10 g/l. Se inicia ATB, fluidos, corticoides y se ingresa en UCI por aumento de la somnolencia. Se realiza RN: Exoftalmos izquierdo con engrosamiento y trabeculación de la grasa celular orbitaria preseptal. Engrosamiento y ocupación mucosa de seno maxilar, esfenoidal y celdillas etmoidales del lado derecho. Lesión isquémica aguda en área cortical silviana. Hiperseñal del lóbulo frontobasal y surcos sospechosos de meningitis. SVC y venas oftálmicas con focos de alteración de señal por restricción de la difusión compatible con trombosis. JD: trombosis séptica de senos cavernosos (sinusitis o celulitis) con infarto venoso asociado y meningitis aguda.

CONCLUSIONES:

La trombosis séptica de seno cavernoso describe un proceso tromboflebitico de las venas intracraneales de etiología infecciosa, se pueden vincular entidades como la sinusitis, infecciones otológicas, infecciones odontológicas y faríngeas. Es más frecuente que se presente en adultos jóvenes. Hoy en día con la existencia de tratamiento antibiótico endovenoso precoz se ha podido reducir a una mortalidad del 30%. La morbilidad residual de esta patología puede llegar a estar presente hasta en el 50% de los pacientes, siendo la principal la neuropatía. El pronóstico de esta enfermedad se basa en el tiempo de demora en su diagnóstico y los antecedentes previos de infecciones que retrasen el inicio del tratamiento antibiótico, así como también otro tipo de comorbilidades.

P-1550

ADENOPATÍAS, FIEBRE NOCTURNA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE JOVEN

M Cuenca García, NJ Díaz López, FN Fiorini Bachour,
B González López, FJ Martínez Cabrera

Hospital Virgen de la Salud de Elda. Alicante

PALABRAS CLAVE: ganglios linfáticos-Bartonella henselae-enfermedad por rasguño de gato

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Bultomas en codo y axila derecha desde hace un mes. Antecedentes personales: Alergia a Penicilina, fumador, sin antecedentes médicos de interés. Amigdalectomizado. No tratamiento habitual. Enfermedad actual: Hombre de 27 años de edad que refiere aparición de tumefacción en cara lateral interna de codo izquierdo hace un mes seguida de otra en axila derecha al día siguiente. Tomó tratamiento con Cloxacilina por este motivo, sin notar mejoría. Refiere sensación distérmica de predominio nocturno y haber perdido 5 Kg en un mes sin hacer dieta y astenia. Exploración física: Constantes normales. ACP y Abdomen: Normal. Tumefacciones en codo y axila derecha con ligero aumento de temperatura. Adenopatías latero-cervicales e inguinales derechas. Pruebas complementarias: Análítica sanguínea: PCR: 15.8 mg/dl, Leucocitos: 12.200 (N:66.7%) Resto normal. Rx Tórax Ap y lateral: Sin hallazgos Rx codo derecho: Se objetiva tumoración en región lateral externa de codo. Juicio diagnóstico: Proceso neoplásico vs infeccioso Destino al alta: Ingreso en Medicina Interna. A su ingreso en Medicina Interna se solicitó ecocardiografía que resultó ser normal y TAC CTAP donde se objetivó quiste de retención maxilar derecho y varias adenopatías maxilares izquierdas necrosadas. También se solicitaron serologías de Brucella, Lues, Ac heterófilos, CMV y Bartonella que resultaron positivas para Ig G de Bartonella quintana y Bartonella henselae. Se realizó Mantoux con resultado negativo e Interconsulta a Servicio de Cirugía para biopsia de adenopatía axilar cuyo resultado histólogo fue compatible con enfermedad por arañazo de gato.

CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados histológicos y serológicos, este caso ejemplifica la importancia de realizar una anamnesis lo mas completa posible a la hora de enfocar el diagnóstico. En este caso en concreto, el paciente no hizo referencia a la convivencia con gatos en su domicilio, por lo que no se sospechó desde un primer momento la posibilidad diagnóstica de que pudiera tratarse de una enfermedad por arañazo de gato. Fue a su llegada a planta, cuando fue reinterrrogado nuevamente por sus antecedentes personales, cuando hizo alusión a su mascota, por lo que se inició tratamiento con Azitromicina. El paciente evolucionó favorablemente y se encuentra asintomático en la actualidad.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1551

ENDOCARDITIS INFECCIOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

MT Soriano de Antonio, J Iturrate Soletto

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: endocarditis-bacteriemia-prótesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 75 años valorado tres veces en el último mes en el servicio de urgencia por cuadro constitucional, febrícula y astenia progresiva, afebril, con tos y dolor torácico pleurítico inicial, recibió levofloxacino por sospecha de infección respiratoria, sin clara mejoría. Remitido a Neumología por lesiones espiculadas en radiografía de tórax. Se realizó TAC objetivándose posibles émbolos sépticos indicándose estudio específico. El paciente consulta nuevamente por malestar general más intenso. En los antecedentes destaca dislipemia, portador de prótesis valvular aórtica desde hace 13 años (estenosis aórtica). Último ecocardiograma transtorácico en 2015, válvula normofuncionante, tras episodio de bacteriemia por *Enterococo Faecalis* de origen urinario tratado con antibioterapia, hemocultivos de control negativos y persistencia de factor reumatoide elevado. En tratamiento con acenocumarol, simvastatina y tardyferon. Se solicita ecocardiograma transtorácico y transesofágico de urgencias, se extraen hemocultivos y realizar electrocardiograma. Los resultados pusieron de manifiesto una endocarditis con posible absceso cavitado periprotésico y positividad para *Enterococo Faecalis* en hemocultivos. Se remitió al hospital de referencia para recambio valvular.

CONCLUSIONES:

La endocarditis es la infección del endocardio valvular o mural. Las vegetaciones son las lesiones características, encontrándose habitualmente a nivel valvular. Incidencia estimada entre 1,4-11 casos/100.000 habitantes/año. Requiere la concurrencia de dos circunstancias para el diagnóstico, existencia de lesión en endocardio valvular dando lugar a la formación de un trombo fibrino-plaquetario y colonización bacteriana de dicho trombo. Existen factores mecánicos y funcionales asociados a cardiopatías que producen daño endotelial asociándose a mayor riesgo de endocarditis. Los gérmenes más frecuentes son estreptococos, estafilococos y enterococos. Puede producirse sobre la válvula nativa o protésica, así como de localización derecha o izquierda. Pueden ser agudas (menos de dos semanas de evolución) o subagudas/tardías (más de dos semanas). Manifestaciones muy variables: síntomas generales (fiebre, astenia, poliartralgias), manifestaciones cardíacas y extracardiacas. La base del diagnóstico son los hemocultivos y el ecocardiograma, otras pruebas complementarias pueden apoyar la sospecha diagnóstica. Es necesario cumplir los criterios de DUKÉ para el diagnóstico. El tratamiento, dependerá del microorganismo causante, siendo necesaria la cirugía en ocasiones como fue el caso de nuestro paciente, así como la profilaxis para evitar recurrencias.

P-1552

MIOSITIS ABSCESIFICADA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

J Iturrate Soletto, MT Soriano de Antonio

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

PALABRAS CLAVE: miositis-bacteriemia-traumatismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 40 años con antecedentes personales de trastorno límite de personalidad e hipertransaminemia de origen no filiado (diagnosticada y en estudio en centro privado) en tratamiento con venlafaxina, quetiapina y aripiprazol, que consulta por cuadro de 5 días de evolución consistente en inflamación de muslo derecho y debilidad del MID, especialmente para la flexión dorsal del pie. Como antecedente traumático refiere haber presentado herida en región lateral de dicha pierna secundaria a una caída. A la exploración se objetiva solamente un aumento de tamaño en muslo derecho y analíticamente destaca un Dímero D de 4347ng/ml. Se realiza una Ecografía-Doppler de miembros inferiores que resulta normal, tras lo cual se amplía el estudio con un TAC, en el que se visualiza una imagen compatible con miositis abscesificada en MID, especialmente en el aductor mayor.

CONCLUSIONES:

La miositis abscesificada (o piomiositis) es una infección purulenta que afecta al músculo esquelético y que generalmente proviene de la diseminación hematógena de las bacterias causantes. Se trata de una enfermedad típica de países tropicales, aunque su incidencia está aumentando en climas más templados. A pesar de ser una enfermedad infrecuente, su posible asociación con inmunodeficiencias y su mortalidad (hasta en un 10% de los casos) puede hacernos requerir un manejo multidisciplinar. La piomiositis puede presentar una clínica muy variable, siendo frecuente la afectación de las extremidades inferiores. La presencia de un aumento de tamaño del miembro afectado, así como una posible puerta de entrada nos debe hacer sospechar este tipo de cuadros. Los factores predisponentes para el desarrollo de piomiositis son principalmente traumatismos o algunos tipos de inmunodeficiencia (VIH, cirrosis, trasplantes?), y clínicamente se puede presentar en varias fases que van desde formas asintomáticas hasta la rabdomiolisis o el shock séptico. El diagnóstico requiere de una sospecha clínica junto con una prueba de imagen compatible (TAC/RMN), y debemos realizar diagnóstico diferencial con entidades como la celulitis, osteomielitis o artritis séptica. El tratamiento depende del grado de afectación, pudiendo variar desde la antibioterapia intravenosa con vancomicina hasta el drenaje quirúrgico en las formas más graves.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1553

MÁS VALE LLEGAR A TIEMPO QUE RONDAR 100 AÑOS

C Gil Rojo, P Matías Soler, M Peiró-Camaró Adán, MI Perea Casado,
C Clemente Callejo, D Redondo Domínguez, JM González del Castillo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: sepsis-antibioterapia-urgencias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 62 años que acude a Urgencias por bajo nivel de conciencia de forma aguda con pérdida de control de esfínteres y fiebre. No otra clínica acompañante. Antecedentes de obesidad, artrodesis lumbar L5-S1, colecistectomía, anemia ferropénica a estudio por la que se realiza endoscopia y enema opaco reciente y síndrome depresivo infeccioso. A su llegada fiebre de 38.8° C, hemodinámicamente estable. Exploración física: consciente con tendencia al sueño, sin emisión de lenguaje, no obedece órdenes, sin aparentes alteraciones en resto de exploración, dificultada por situación clínica. Abdomen: blando y depresible, impresiona de dolor a la palpación profunda. Resto de exploración sin alteraciones. Pruebas complementarias: no leucocitosis, sí neutrofilia, PCR 19, INR 1,4, glucosa 219, creatinina 1,18, FG: 50, Na⁺ 127. Orina normal. No otras alteraciones analíticas. Rx de tórax normal. TAC craneal sin alteraciones. ECO abdominal: sin patología significativa. Ante esta situación iniciamos tratamiento antibiótico empírico para meningitis. Fue valorada por Neurología, a quienes les impresiona de encefalopatía en contexto de sepsis. Tras horas en observación, la paciente inicia deposiciones líquidas, por lo que se modificó antibioterapia a ampicilina, cefotaxima y metronidazol. Fue ingresada en planta, donde tras estudio de foco infeccioso se diagnostica a la paciente como sepsis de origen abdominal tras probable colitis química por bario con sobreinfección bacteriana por salmonella

CONCLUSIONES:

La optimización del diagnóstico y tratamiento precoces en sepsis y shock séptico sigue siendo un tema de preocupación puesto que, pese a la modificación reciente de guías y criterios, la mortalidad asociada a este proceso sigue siendo muy elevada. Una resucitación con volumen temprana y una antibioterapia precoz siguen siendo los principales objetivos terapéuticos. En casos como el que presentamos, sin claro foco infeccioso al inicio, se cubrirá con antibioterapia de amplio espectro mientras se complete el estudio y se localice un foco de infección para iniciar una antibioterapia dirigida por antibiograma u origen de la sepsis. En ningún caso la administración de antibiótico debe demorarse hasta la localización del foco infeccioso lo que permitirá, como sucedió en nuestro caso, una mayor probabilidad de supervivencia

P-1554

PROSTATITIS COMPLICADA

M Sánchez Zapata (1) C Durán Álvarez (2)

(1) Centro de Saúde Concepción Arenal-Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, (2) Centro de Saúde de Noia-Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela

PALABRAS CLAVE: fiebre-prostatitis-estreptococo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 62 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión y dislipemia, de baja laboral por lumbalgia en relación con hernias discales. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal acompañado de dolor lumbar. Síndrome miccional y astenia, con fiebre termometrada en domicilio de hasta 39°C. En la exploración física destaca soplo sistólico en foco aórtico, con auscultación pulmonar normal y exploración neurológica sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin datos de peritonismo activo y puñopercusión izquierda positiva. No alteraciones en aparato genital ni extremidades. En pruebas complementarias realizadas, entre las que se incluyen radiografía de tórax, analítica completa y cultivos, destaca leucocitosis de 25.390 con neutrofilia y desviación izquierda, función renal preservada y perfil abdominal anodino. Análisis de orina con nitritos positivos y leucocituria en sedimento. Ante los datos obtenidos se hace interconsulta con el servicio de urología, que tras tacto rectal en el que se aprecia próstata agrandada, dolorosa y con área fluctuante en lóbulo derecho deciden ingreso en su servicio bajo la sospecha diagnóstica de prostatitis versus absceso prostático. Realizan pruebas complementarias confirmando el absceso prostático, además de absceso a nivel de psoas. Inician antibioterapia. En cultivos tanto de pus obtenido en drenaje del absceso como en urocultivos crece un *Streptococcus constellatus*. Ante dichos hallazgos se traslada a la unidad de enfermedades infecciosas (medicina interna). Se completa estudio del paciente, puesto que persiste soplo y comenta reagudización del dolor lumbar que presenta habitualmente, siendo éste más incapacitante. Se solicita batería de pruebas complementarias, confirmando diagnósticos previos y evidenciando además endocarditis sobre válvula aórtica nativa probable y espondilodiscitis confirmada a nivel L3- L4. Se decide ante todos los hallazgos obtenidos tratamiento conservador con daptomicina y ceftriaxona intravenosa durante 4 semanas, con desaparición de la imagen sugestiva de endocarditis en el ecocardiograma y mejoría clara de la espondilodiscitis en resonancia de control, así como resolución de las colecciones de pus antes descritas a distintos niveles.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con fiebre, clínica miccional y tacto rectal sospechoso de patología, se deben poner en marcha batería de pruebas diagnósticas para descartar bacteriemia u otras complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1555

UNA VEZ DESCARTADO LO IMPOSIBLE, LO QUE QUEDA,
POR IMPROBABLE QUE PAREZCA, DEBE SER LA VERDAD

A Egea Huertas (1), M de la Torre Olivares (2), P Rodríguez Lavado (1),
E Pérez Pagán (1), G Alonso Sánchez (2), N Benítez Samuel (1),
C García-Giralda Núñez (2)

(1) Calasparra. (2) Caravaca

PALABRAS CLAVE: dímero D-tromboembolismo pulmonar-bronquitis

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 92 años con situación basal de dependencia completa, cuya cuidadora refiere haber observado deterioro generalizado, objetivando fiebre de 38°C y tos, motivo por el cual consulta a su médico de familia quien remite a urgencias para realización de Rx Torácica. Como dato de interés, fue dada de alta 3 días atrás por una fractura aguda de ala sacra derecha que no fue intervenida quirúrgicamente y desde entonces se encuentra en reposo absoluto y se trata con clexane 40. En la exploración presenta crepitantes anteriores, sibilantes bilaterales, taquipnea a 40 rpm y una saturación del 95%. Analíticamente presentaba una gasometría arterial de pH 7.5, pCO₂ 28, pO₂ 64 y Bicarbonato de 21, PCR 15.3, hemograma con Hb de 11.1 y Hemostasia con Dímero D de 6340. La Rx Torácica muestra congestión pulmonar (similar a las previas) y el TAC torácico con contraste resulto no patológico. En urgencias se pautó Adolonta y primperan para el dolor, oxigenoterapia, nebulizaciones con ventolín, atroven y pulmicor y fortectortin 4 mg con lo que se consiguió mejoría clínica siendo alto con diagnóstico de bronquitis aguda.

CONCLUSIONES:

El tromboembolismo pulmonar se puede dar en personas de edad avanzada e inmobilizadas de larga evolución, aunque la clínica puede ser muy variada, suelen presentar disnea aguda, confusión mental, taquicardia y taquipnea y febrícula entre otros hallazgos clínicos. Por todo esto se valoro la posibilidad de encontrarnos ante un TEP y aunque la clínica no era muy llamativa se pidió un Dímero D con un resultado positivo lo que no era diagnóstico pero si nos obligaba a realizar un TAC que resulto ser negativo. Una vez que se descarta la patología de urgencia, lo que queda, por simple, debe ser la verdad. Por suerte para la paciente y a pesar del resultado del Dímero D, pudo ser dada de alta.

P-1556

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN VARÓN JOVEN

C Granados Lajara, RM Muñoz Alonso, M González López,
V Arenas Cambrero

Hospital General Universitario de Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: enfisema-mediastínico-espontáneo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 19 años, sin antecedentes médicos, fumador y consumidor esporádico de cannabis, consulta por congestión nasal, disfonía y sensación de hinchazón cervical de 12 horas de evolución. Niega fiebre, no disnea ni otra clínica. No refiere traumatismos ni otros desencadenantes. En la exploración destaca crepitación al palpar base cervical, pectoral y región infraaxilar izquierda, resto exploración normal. Analítica sanguínea sin alteraciones. En la radiografía se objetiva enfisema subcutáneo cervical y costal izquierdo junto líneas de probable neumomediastino. Ante los hallazgos se solicita escáner con el siguiente resultado: marcado enfisema cervical subcutáneo que alcanza cóndilos mandibulares. Afectación mediastino anterior, medio y posterior. Enfisema en pared torácica anterior y posterior, de predominio izquierdo. Pequeño neumotórax derecho de localización medial intercistal. Se decide ingreso en medicina interna para observación. Permanece 5 días ingresado con tratamiento conservador, dado de alta sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

Entidad rara que se observa con mayor frecuencia en varón, adulto joven (25 años de media) con fenotipo alto y delgado. Incidencia desconocida, aproximadamente 1/30.000 visitas a urgencias. Etiología exacta poco clara pero la etiología común es la ruptura alveolar y el desencadenante más frecuente es la exacerbación asmática. Puede dividirse en primario, cuando no existe patología pulmonar subyacente, o secundario, cuando existe patología como asma o fibrosis quística. Manifestado con dolor de pecho y cuello, disfonía, disnea, hinchazón de cuello y cara? A la exploración: enfisema subcutáneo, disnea, signo de Hamman. Para su diagnóstico empleamos Rx tórax, TAC (gold estándar) y ecografía. El neumomediastino sin complicaciones se trata de forma conservadora con reposo, evitando maniobras que aumenten presión intratorácica, analgesia y oxígeno (según la gravedad). En los complicados el tratamiento irá dirigido a la complicación, neumotórax, perforación esofágica o neumopericardio. El pronóstico es bueno, con una resolución en 2-5 días y una tasa de recurrencia inferior al 5%.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1557

PRIMERO ACUPUNTURA, LUEGO NEUMOTÓRAX

**G Asensi Ortiz (1) CM Hermida Carbonell (1), M Balboa Alonso (1),
M Pastor Romero (1), E Cadenas Caba (2), E Díaz Fernández (1)**

(1) Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant.

(2) Centro de Salud Integrado El Campello

PALABRAS CLAVE: Pneumothorax-Acupuncture-Pneumothorax, Artificial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 44 años de edad que acude al servicio de urgencias por disnea súbita desde hace 2 horas y dolor agudo en hemitórax derecho. La paciente refiere que tras haberse realizado acupuntura en el trapecio e infraclavicular derecha ha iniciado un proceso de disnea súbita con dolor agudo localizado. El dolor es continuo y no irradia. Como antecedentes personales, refiere: Colitis ulcerosa y Glomerulonefritis membranosa. No toma tratamientos en la actualidad. Exfumadora desde hace 12 años de 20 años/paquete. A su llegada a urgencias presentaba buenas constantes (Tensión arterial: 121/77 mmHg, Temperatura: 36.5 °C, Frecuencia Cardíaca: 71 latidos/min, Saturación de oxígeno: 100 % en aire ambiente). A la exploración la paciente era delgada (Índice de masa corporal 19) y destacaba en la auscultación pulmonar una disminución del murmullo vesicular en campo medio y superior derecho. Tras la posibilidad de presentar un neumotórax decidimos realizar una placa de tórax, una analítica de sangre y un electrocardiograma. En la radiografía se observaba un neumotórax en ápex derecho que ocupaba un espacio intercostal. La analítica de sangre y el electrocardiograma no presentaban ninguna alteración. A la paciente se le administró analgesia con metamizol y oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lpm. Fue valorada por Cirugía, descartando la necesidad de colocar un tubo de drenaje torácico para reexpandir el pulmón. Pasó a observación de urgencias para control evolutivo y realizar nuevas radiografías que no mostraron un aumento del neumotórax. Finalmente, se le dio el alta con indicación de reposo y seguimiento por Neumología.

CONCLUSIONES:

Un neumotórax post-acupuntura no es una patología común. Tras revisar la literatura, observamos publicaciones de casos puntuales. Cabe destacar una revisión sistemática realizada en China durante el periodo 1980 hasta 2013. Donde se revisaron 182 casos de complicaciones relacionadas con la acupuntura, observándose entre los mismos 30 casos de neumotórax post-acupuntura. Es importante tener siempre presente que punciones torácicas, bien sea en forma de acupuntura u otras técnicas médicas invasivas, en pacientes delgados, pueden alcanzar el pulmón provocando un neumotórax.

P-1558

LA CAUSA DE LA CAUSA

**M Borregón Rivilla, FJ Morán Gallego, R Estévez González,
D Carro Herrero, LV Torres Vera, A Arellano Álvarez**

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: auricular fibrillation-hydropneumothorax-heart failure

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 83 años sin antecedentes de interés, que consulta por disnea progresiva y edemas en miembros inferiores de una semana de evolución. Niega dolor torácico, palpitaciones, cuadro catarral, fiebre, etc. La anamnesis orienta hacia ICC aguda. El manejo de una descompensación de ICC conocida puede realizarse ambulatoriamente muchas veces, pero, ¿qué causa hay para una presentación aguda en un paciente previamente sano? A la exploración física destacan: taquiarritmia a 130 lpm, pulso carotídeo saltón, hipoventilación en base izquierda y edemas en mmii. El electrocardiograma confirma FA a 130 lpm. ¿Qué causa explica la FA en un paciente sin factores de riesgo? La radiografía de tórax revela hidroneumotórax de gran tamaño en base pulmonar izquierda. Establecemos un nexo causal: probablemente el primer evento fue el neumotórax, que generó un estrés severo provocando fallo cardíaco y taquiarritmia compensatoria, que, sin embargo, agravó el fallo. Las pruebas complementarias aproximan el diagnóstico de un cuadro insospechado en un primer momento, pero, ¿qué causa hay de hidroneumotórax en un paciente sin patología pulmonar conocida? Se drena el hidroneumotórax mediante punción guiada por TAC, obteniéndose líquido seroso, reexpandiéndose el parénquima pulmonar y mejorando la clínica. Se realiza ecocardiograma transtorácico, que descarta taponamiento cardíaco. Consideramos la tumoral como etiología más probable del hidroneumotórax en nuestro paciente, por lo que ingresa para ampliar estudio.

CONCLUSIONES:

En medicina los procesos patológicos suelen ocurrir debido a una causa. El médico debe investigar qué patología está teniendo lugar y darle una solución, no limitarse a tratar síntomas como autómatas. Nuestro paciente presentaba una sintomatología habitual acorde a un proceso nosológico frecuente, con relativo sencillo tratamiento, pero se desconocía la noxa justificadora. Una correcta sistemática de trabajo en un ambiente de alta exigencia asistencial como es la urgencia fue fundamental para enfocar bien al paciente y llegar al diagnóstico correcto. El neumotórax no traumático suele ocurrir debido a enfermedad pulmonar conocida o no. El EPOC es la primera causa, los tumores la segunda y la neumonía la tercera. El taponamiento cardíaco es una entidad frecuente en los pacientes oncológicos y que debe ser descartado ante la sospecha clínica dada su gravedad.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1564

ESTE DOLOR NUNCA LO HABÍA TENIDO ANTES

O Martínez Sáez, B García Marina, C Sanz Plaz,
M Sobreviela Albacete, G Rincón Carmona, R Ibáñez del Castillo,
C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: isquemia mesentérica-dolor abdominal-neumoperitoneo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 68 años, diabético, con enfermedad renal crónica grado 4-5 en diálisis, isquemia crónica grado IIb en miembro inferior derecho, oclusión de iliaca común tratado con angioplastia y stent iliaca común izquierda y bypass femorofemoral cruzado. Acude a urgencias por dolor en epigástrico y mesogástrico, tipo cólico sin irradiación que no se alivia con analgesia, y que comenzó tras la cena, con algún vómito alimenticio-bilioso. En la exploración presenta abdomen distendido sin claros signos de irritación peritoneal. Se solicitan pruebas complementarias, destacando glucemia de 588mg/dl y creatinina 4,97 mg/dl. Se solicita radiografía de abdomen que muestra niveles hidroaéreos sin neumoperitoneo. El paciente persiste con dolor intenso y en la reexploración presenta abdomen con defensa y timpánico. Se realiza TAC abdominal con contraste intravenoso que objetiva un segmento de intestino medio con abundante contenido aéreo en su interior y neumatos intestinal, con burbujas en varios vasos venosos mesentéricos y vena porta, los hallazgos corresponden con isquemia intestinal aguda, con probable necrosis del segmento sin perforación. Se establece diagnóstico de isquemia mesentérica aguda. Se decide actitud conservadora dados los antecedentes del paciente. El paciente fallece dos días después tras tratamiento paliativo.

CONCLUSIONES:

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en urgencias. Existen ciertas entidades que presentan una clínica típica y tienen gran repercusión, pero que son poco frecuentes y es importante conocer. La isquemia mesentérica es una patología infrecuente, su diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica y las pruebas de imagen, lo cual dificulta su diagnóstico precoz dada la similitud con otras patologías intraabdominales. La clínica de presentación típica se describe como la tríada de dolor intenso periumbilical, vómitos o diarrea y antecedente previo de embolismo o situaciones clínicas embolígenas. Hay que realizar diagnóstico diferencial ante cualquier abdomen agudo que presente un dolor tipo cólico intenso, que no mejora con la analgesia habitual y es de intensidad elevada. Ciertos estudios muestran alta mortalidad a pesar del reconocimiento precoz y tratamiento. La principal etiología es embólica en el 40-50% de los casos, siendo en el resto de origen trombótica.

P-1566

CUIDADO CON LO QUE BUSCAS

P Cuesta Rodríguez, B Pérez Deago, A López Alonso,
E Prado Fernández, A García Noriega, C Longo Alonso,
C Alonso Porcel

Hospital de Cabueñes. Gijón

PALABRAS CLAVE: sepsis-neumonía-pielonefritis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 27 años, parcialmente dependiente por traumatismo craneoencefálico grave con hidrocefalia triventricular y daño axonal difuso secundarios a los 15 años. Vida activa. Crisis epilépticas controladas con Keppra 1000/12 h y Noiafren 10mg/día. Dos antecedentes de trombosis venosa en miembro inferior, a tratamiento con Clexane 60 diario. Acude a urgencias 4 días antes por dolor epigástrico y lumbar, con vómitos y fiebre hasta 39°C. Realizada ecografía sin alteraciones, dada de alta como gastroenteritis aguda. Vuelve a acudir por empeoramiento del estado general, con fiebre hasta 40°C, acompañada de leve sensación de disnea, sin otra clínica. A su llegada, TA 100/70, Tª 38°C FC 115 latidos por minuto, SatO2 87%, crepitantes bibasales, puñopercusión negativa, dolor en ambos hipocondrios a la palpación profunda. Analítica con Hb 9.2 g/dL, 4000 leucocitos (80 % neutrófilos), PCR 28mg/dl, PCT 3.6ng/ml, Dímero D 3300. Tórax con aumento de ambos hilos y pinzamiento de senos. Se solicita Angio-TAC para descartar tromboembolismo pulmonar, que no se objetiva, encontrando infiltrados pulmonares basales bilaterales y mínimo derrame pleural bilateral. Se ingresa como sospecha de sepsis por Neumonía bilateral con mala evolución en planta con antibioterapia a pesar de ampliación de cobertura antibiótica (meropenem+linezolid+azitromicina), precisando ingreso en UCI por deterioro clínico marcado, donde se amplía estudio con TAC abdominal en el que se observa pielonefritis obstructiva izquierda resuelta tras colocación de catéter doble J por parte de Urología, siendo dada de alta a los 10 días del ingreso.

CONCLUSIONES:

Con este caso queremos remarcar la dificultad que entraña, en primer lugar, la exploración y la clínica de los pacientes con secuelas neurológicas en nuestro día a día en urgencias. Por otro lado, la realización de pruebas en un contexto clínico dudoso (solicitud de TAC de arterias pulmonares para descartar tromboembolismo pulmonar en contexto compatible con sepsis de origen no determinado), nos puede llevar a diagnósticos equívocos como en este caso, poniendo en peligro la evolución de nuestros pacientes ante un tratamiento inadecuado por haber filiado un origen erróneo del cuadro basándose en los hallazgos radiológicos obtenidos.



CASOS CLÍNICOS

P-1571

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA EN PACIENTES CON ANSIEDAD

S Vidal Tanaka (1) N Fernández Sobredo (1), M Roz Sánchez (2), E Díaz González (2), A Estrada Menéndez (2), A Ruiz Álvarez (2)

(1) Hospital Universitario San Agustín / CS Las Vegas.

(2) Hospital Universitario San Agustín / CS La Magdalena. Asturias

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-ansiedad-neoplasias ováricas

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 81 años sin alergias conocidas, hábitos tóxicos ni deterioro cognitivo. Antecedentes de hipotiroidismo y síndrome ansioso-depresivo. Intervención antigua de fractura de tobillo. Refiere episodio de disnea, nervios y llanto por la mañana tras haber estado un rato limpiando y los hijos objetivan disartria y desviación de comisura bucal. El equipo de atención primaria acude a su domicilio, donde a su llegada la encuentran sin focalidad neurológica pero sí nerviosa. Se le administra un alprazolam sublingual con mejoría y se decide traslado a Urgencias. A su llegada al hospital se encuentra eupneica en reposo, con una auscultación cardiopulmonar normal así como una exploración abdominal y neurológica sin hallazgos patológicos. Se solicita analítica con bioquímica y reactantes de fase aguda, marcadores enzimáticos, sistemático y sedimento de orina, hemograma, coagulación, radiografía de tórax y ECG sin alteraciones reseñables, salvo D-dímero de 2764. Se realiza angioTC en el que se observa un TEP bilateral masivo, ingresando en la UCI durante dos días y posteriormente siendo trasladada a Neumología, donde se le solicitan marcadores tumorales que también salen elevados (Ca 125: 44, Ca 19.9: 68), por lo que se realiza una ecografía abdominal en la que se halla una masa pélvica compatible con una neoplasia de ovario como primera posibilidad. Se inicia tratamiento con heparinas de bajo peso molecular y se solicita valoración por Ginecología, siendo programada para cirugía en el plazo de 3-4 semanas. Finalmente es intervenida de histerectomía, doble anexectomía, omentectomía, apendicetomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica sin complicaciones destacables, confirmándose un carcinoma de células claras en la anatomía patológica y recomendándose tratamiento coadyuvante con quimioterapia que la paciente rehúsa.

CONCLUSIONES:

No es infrecuente encontrarnos con casos en Urgencias en los que la orientación diagnóstica pueda resultar dudosa al principio por las características ansioso-depresivas del paciente. No obstante antes de atribuir un origen ansioso a cualquier cuadro siempre debemos excluir las causas más probables de patología orgánica, en este caso realizando un diagnóstico diferencial entre un AIT, posibles causas de disnea súbita (síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar?) e incluso de alteración del comportamiento (ITU en ancianos).

P-1573

EDEMA DE BRAZO Y FEBRÍCULA EN PACIENTE CON MARCAPASOS

P García Navarro, E Moriel Santaella, P Castillo Jiménez, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital Comarcal Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: venous thrombosis-cardiac pacemaker-fever

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 74 años, con antecedentes personales de SCASEST con implante de stents y cuadros sincopales por disfunción sinusal que requirieron colocación de marcapasos el mes previo. Acude a urgencias por aumento de tamaño del brazo izquierdo desde raíz junto con dolor e impotencia funcional. Asocia malestar general con febrícula de 37,5°C. Exploración: brazo izquierdo con edema distal y dolor a la palpación generalizada, con signos incipientes de redistribución venosa. Pruebas complementarias. Analítica de sangre: Dímero D 3525 ng/ml. Ecocoppler MSI: trombosis en vena axilar hasta nivel de bifurcación braquial en brazo. Evolución y tratamiento: tras iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular, paciente ingresa en servicio de Medicina Interna. Se comenta con servicio que implantó marcapasos (UCI), decidiéndose finalmente no retirada del mismo. Dados los antecedentes del paciente se realiza estudio de hipercoagulabilidad, siendo negativo. Diagnóstico final: trombosis de vena axilar izquierda secundaria a implante de marcapasos.

CONCLUSIONES:

La trombosis venosa profunda (TVP) del miembro superior es una entidad poco frecuente, estimándose que constituye el 10% de todos los casos de TVP. Pueden dividirse en primarias y secundarias, relacionándose este tipo con catéteres como los venosos centrales o los marcapasos, conllevando riesgo por inserción de los catéteres-electrodo. Los síntomas que depara la TVP abarcan un espectro amplio, que va desde las formas asintomáticas, las que se acompañan con edema y dolorimiento leves, hasta la tromboembolia de pulmón entre otros. La ecografía constituye la prueba diagnóstica de elección para el diagnóstico consistiendo el tratamiento en la anticoagulación para favorecer la disolución del trombo e incluso trombólisis si precisara. La TVP es una complicación frecuente de la implantación de los marcapasos definitivos, presentándose en uno de cada cuatro. La mayoría de las TVP ocurre durante los tres primeros meses postimplante y suelen ser asintomáticas. El número de implantes de estos dispositivos se está incrementando de manera considerable en los últimos años y se prevé que siga aumentando, con el aumento consiguiente del riesgo trombogénico, por lo que debemos pensar en esta patología en aquellos pacientes con molestias en miembros superiores y que hayan sufrido implante de marcapasos recientemente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1586

POR EL RABILLO DEL OJO

P Muñoz Gómez, N García Alvarado, D Carro Herrero, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: dizziness-ophthalmoscopy-tuberculosis, meningeal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años con único antecedente de HTA. Acude a Urgencias por segunda vez por mareo sin giro de objetos y debilidad generalizada de 4 días de evolución con fiebre no objetivada 39°C, dada de alta con sulpiride. Pérdida progresiva de la visión y audición. Con tendencia al sueño. Niega cefalea, clínica miccional o gastrointestinal. En exploración física Tª 37°C, taquicárdica, dificultad a la visión grosera (contar dedos). No oftalmoparesia. Marcha festinante, a pasos cortos, disminución del braceo bilateral. Fascies hipomímica. Temblor de acción y postural. Dudosa rigidez de nuca (colabora mal). Kernig y Brudzinski -. Bioquímica, hemograma, orina, rx tórax, TC craneal normales. Inicialmente buen estado general, afebril y sin datos de alarma clínicos con una exploración neurológica con datos poco concretos y artefactada por el cuadro extrapiramidal en relación con Sulpiride. Se decidió realizar un fondo de ojo que evidenció edema de papila bilateral que sugería aumento de la presión intracraneal. Desarrolló un pico febril de 39°C y deterioro del nivel de consciencia con más somnolencia, bradipsiquia y apraxia ideomotora. Se realizó de una punción lumbar: Glucosa 43mg/dl, Proteínas 149mg/dl. -ADA: 15,1U/L. -Presión de apertura, 37cm H2O. -Leucocitos 217/mm³, 96%Linfocitos. Diagnóstico: Meningitis tuberculosa y extrapiramidalismo secundario a Sulpiride.

CONCLUSIONES:

La meningitis tuberculosa requiere de alta sospecha diagnóstica y suelen ser pacientes inmunodeprimidos (VIH) y con antecedentes de TBC pulmonar. Es un reto diagnóstico difícil, por ser subagudo, de sintomatología y epidemiología atípica, como un cuadro de hipertensión intracraneal y fiebre oscilante. El fondo de ojo realizado fue la clave, junto al pico febril posterior que obligaban a sospechar infección del SN. La intensa glucopenia, glucorraquia y pleiocitosis linfocitaria junto a proteinorraquia >100mg/dl es sugestiva de infección TBC. Respecto al ADA, la mayoría de estudios coinciden en que valores >11,5U/ml en LCR tienen S:91% y E:77%, combinados con la proteinorraquia y pleiocitosis alcanza una E:88%. En la hospitalización se confirmaría por PCR para M. Tuberculosis. Pretendemos ilustrar la importancia de realizar siempre un fondo de ojo en la exploración neurológica, siendo un procedimiento inocuo que en muchas ocasiones no se realiza en urgencias.

P-1588

BLACK OR WHITE

M Ramón Montánchez, I Subirats Edo, P Cervera Padrell, L Ribadulla Nogueira, A Seoane Novás, M Bernuz Rubert, A Campo Jiménez

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: atelectasia pulmonar-expectoración-derrame pleural

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 73 años que acude a urgencias remitida desde nefrología por tos con expectoración blanquecina y aumento de la disnea de una semana de evolución. Apirética. No dolor torácico. En tratamiento con levofloxacino con mejoría parcial. Sin dificultad respiratoria. Presión arterial 160/85mmHg, frecuencia cardíaca 78 lpm, SaO₂ (O₂ a 2lpm) 96%, frecuencia respiratoria 20 rpm. No reacciones adversas a medicamentos. Exfumadora. Como factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio 5 por nefroangioesclerosis, en diálisis (diuresis residual < 100ml/d), diverticulitis aguda complicada con peritonitis (Hartmann+retirada catéter diálisis peritoneal), anemia multifactorial, obliteración FP derecha, aterosclerosis carotídea sin estenosis significativa, aneurisma aorta abdominal Infrarrenal con trombo intramural, insuficiencia cardíaca crónica. Exploración: Regular estado general, catéter venoso central derecho, consciente y orientada en las tres esferas. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos, auscultación pulmonar: hipofonesis en hemitórax derecho y crepitantes en base izquierda, abdomen: colostomía en fosa ilíaca izquierda. Úlcera por presión en región sacra izquierda, sin edematización periférica. Analítica: U 29 mg/dl Cr 2.31 mg/dl Na 138meq/l K 3.4 meq/l Pcr 46 mg/l Fg 20 Hb 9.3 g/dl Leucocitos 7.1 x 10⁹/l Neutrófilo 5.50 x 10⁹/l Linfocitos 1.00 x 10⁹/l BNP 1938 pg/ml Ag Influenza (-) Durante ingreso Tc tórax Colapso pulmonar completo derecho con ocupación traqueal parcial por mucosidades, en su porción más declive y completa del árbol bronquial derecho. Derrame pleural bilateral en relación con edema por insuficiencia cardíaca. Hipertensión pulmonar. Cultivo esputo (Tinción de gram/Broncoaspirado) flora mixta, Broncoscopia: abundantes secreciones mucopurulentas en bronquio principal. Tapón mucoso. Diagnóstico diferencial: Derrame pleural masivo Atelectasia masiva Consolidación neumónica Trauma Mesotelioma pleural Edema pulmonar unilateral ATELECTASIA PULMÓN DERECHO POR TAPÓN DE MOCO Tratamiento Aspiración de secreciones mediante broncoscopia Fisioterapia respiratoria Antibioterapia Aerosolterapia

CONCLUSIONES:

- Importancia del diagnóstico diferencial del pulmón blanco.
- Descartar causas que puedan provocar insuficiencia respiratoria.
- Estabilidad clínica pese a disfunción pulmonar por obstrucción bronquial completa.



CASOS CLÍNICOS

P-1589

SOPLO Y FIEBRE: UN RETO DIAGNÓSTICO

**M Ramón Montánchez, E Mateo Sanchís, A Campo Jiménez,
M Bernuz Rubert, L Ribadulla Nogueira, A Viña Almunia,
A Seoane Novás**

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: bacteriemia-endocarditis-soplo sistólico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 55 años que acude a urgencias por fiebre de 38°C de 4-5 días de evolución, asociando diaforesis y escalofríos. Intervenido un mes antes por adenocarcinoma de próstata, con molestias al retirar el sondaje vesical durante el postoperatorio. Antecedentes personales: Exploración física Constantes: 183/71 mmHg, 133 lpm, ta 40°C, SaO₂ (0.21) 97% E. general conservado. Diaforético. Normocoloreado. Consciente y orientado. Auscultación cardiaca: rítmica taquicárdica. Soplo II/VI en BEI. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: doloroso en mesogastrio. Miembros inferiores sin edema. No focalidad neurológica. Exploraciones complementarias Analítica: Glucemia 164mg/dL, Na 129 mEq/L, Procalcitonina 0.88 ng/ml, PCR 142.3 mg/L, IQ 57%, INR 1.48 inr, Hb 9.8g/dl Gasometría venosa: pH 7.45, pCO₂ 35.8 mmHg, pO₂ 41.2 mmHg, HCO₃ 25.4, SBE 1.6mmol/L, Lactato 1.9mmol/L Orina: Hb 30ery/uL, 25 leu/uL. Tinción de gram: negativa. Rx tórax: sin alteraciones. Ecografía abdominal: vesícula litiasica no distendida. Hemocultivos: solicitados. Diagnóstico diferencial: * Sepsis de foco urinario tras manipulación urológica. * Complicación postquirúrgica: bacteriemia por enterococcus spp. * Endocarditis infecciosa por Enterococcus faecalis. En la sala de medicina interna: Resultados HC, positivos para Enterococcus (tipificación Enterococcus faecalis) Ecografía transtorácica: FSVI > 60%. Engrosamiento de valvas de V.Ao sin poder descartar imagen de vegetación. ETE: Imagen compatible con vegetación por endocarditis infecciosa en TSVI dependiente de velo coronario derecho (1.7cm) Insuficiencia aórtica moderada-severa. Diagnóstico: Endocarditis infecciosa izquierda de válvula nativa por Enterococcus faecalis + émbolos sépticos. * Inicio de tratamiento con meropenem (sospecha de sepsis urinaria tras manipulación) asociando vancomicina al ingreso y sustituyéndola por ampicilina + gentamicina aislamiento de Enterococcus faecalis en hemocultivos (elección). * Evolución favorable tras tratamiento con ampicilina y gentamicina, con descenso de reactantes de fase aguda (PCR 25.7, leucocitos 5.5x10e9). Sin signos de insuficiencia cardiaca. * Traslado al H. la Fe para nuevo ecocardiograma e intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

- Importancia de sospecha de endocarditis infecciosa en soplo de reciente aparición. - Importancia de la duración del tratamiento y las complicaciones. - Hemocultivos siempre (aún en ausencia de fiebre).

P-1590

MIOPERICARDITIS EN ADOLESCENTE COMO COMPLICACIÓN DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN-BARR

**VD de la Rosa Valero, M Martínez Martínez, FJ Hernández Felices,
L Ferraro, I Iniesta-Pino Alcázar, A Martín Cascón, V Callejo Hurtado**

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: miopericarditis-mononucleosis infecciosa-virus Epstein Barr

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Adolescente de 16 años que consulta por dolor torácico junto con cuadro catarral y febrícula. No antecedentes personales ni familiares de interés. Enfermedad actual: Sensación de opresión centrotorácica irradiada a espalda y mandíbula, intermitente, de cuatro días de evolución, no relacionada con el ejercicio físico, y mejora con la incorporación hacia delante. No clínica de ansiedad. Asocia cuadro catarral, con tos seca, odinofagia y febrícula de siete días. No síncope, ni clínica de insuficiencia cardiaca. Exploración física: BEG, eupneica en reposo, normotensa, afebril. ORL: No adenopatías, placas blanquecinas amigdalares con exudado. Tórax: No dolor a la palpación torácica. AC: Tonos rítmicos, sin soplos. No roce pericárdico. AP: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando y depresible, no masas ni visceromegalias, no signos de irritación peritoneal. MMII: No edemas, ni signos de TVP. Pulsos periféricos conservados. Dado el cuadro catarral y febrícula previa al dolor torácico, sospechamos la existencia de pericarditis vírica, por lo que nuestra conducta a seguir fue el retiro de la consulta de verdes a amarillos, con solicitud de ECG, Rx de tórax, bioquímica con GPT y troponinas, hemograma y coagulación. ECG: Ritmo sinusal a 80lpm, eje 60°, leve aumento del punto J y aspecto guirnalda del ST con rectificación del ST en aVL y T negativa asimétrica en V2. Hemograma: leucocitos 7.300(57.7%N y 30.1%L), sin anemia ni trombocitosis. Coagulación y bioquímica normal, salvo troponina I 3.72ng/ml y GPT 120 UI/l. Rx de tórax: normal. Sabiendo los resultados, la primera opción diagnóstica fue una miopericarditis como complicación de una posible mononucleosis infecciosa, por lo que se realiza consulta con la UCI y se pasa a camas de observación para control enzimático. Ecocardiograma de urgencia con ausencia de derrame pericárdico y dada la estabilidad clínica con movilización enzimática mínima, no precisa de ingreso en UCI, por lo que se ingresa en Cardiología con solicitud de serología de VEB y CMV. Durante su estancia en planta evoluciona favorablemente con Inyesprin y Paracetamol iv. Se confirma la presencia de VEB (IgM positiva). Serología CMV, VIH, VHB, VHA, VHC, Borrelia, atípicas y aglutinación de Brucella negativas, angioTC coronario, RMN cardiaca y Holter: normales.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

CONCLUSIONES:

El diagnóstico final fue una miopericarditis secundaria a mononucleosis infecciosa. Ante un dolor torácico en un adolescente hay que preguntar por un cuadro infeccioso previo. En nuestro caso, el cuadro catarral con odinofagia, febrícula y las placas blanquecinas amigdalares, nos hicieron pensar en una mononucleosis infecciosa, que si asocia un dolor torácico típico, hay que descartar una peri/miopericarditis asociada como fue nuestro caso.

P-1591

MANCHAS DE ROTH EN RELACIÓN CON UNA LEUCEMIA AGUDA

EM Cano Cabo (1), M Debán Fernández (1), ML Pérez Otero (1), DP Moro Quesada (2), A Gil Sánchez (2), CM Fernández Iglesias (2)

(1) Hospital Central Universitario de Asturias. (2) CS Teatinos. Asturias

PALABRAS CLAVE: multiple sclerosis -leukemia, myeloid, acute-retinal hemorrhage

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años de origen marroquí, recluso en centro penitenciario. Fumador 10-15 cig. /día. Abuso de cannabis y cocaína inhalada. VIH. Esclerosis múltiple (2011) debutando con neuritis óptica en OD, en tratamiento con INF beta 1a. Acude a urgencias por pérdida de agudeza visual en OI de cuatro semanas de evolución. Cefalea pulsátil sin vómitos ni clínica neurológica deficitaria asociada. Niega fiebre. EF en urgencias: Tª 36.5, FC:66, FR:13, TA:106/69. FR 26rpm. BEG. No estigmas de venopunción. AC: RsCsRs AP:MVC, Hepatomegalia de dos traveses de dedo. Pequeña adenopatía axilar izda. Exploración neurológica normal. Examen oftalmológico: AV: O DCHO: 0.8 O IZDO:0.5 Fondo de ojo: OD: papila pálida de bordes bien delimitados, hemorragia peripapilar nasal inferior. Mácula normal. Retina aplicada. Manchas de Roth sobre todo en hemirretina superior, pero en menos número que en OI. OI: Edema de papila. Hemorragia macular. Retina aplicada. Dilatación venosa. Numerosas manchas de Roth en todas las arcadas. Algún exudado algodonoso. PC: Hemograma: Hemoglobina 3.3, VCM:110, leucocitos:2.73 (N:43.6%,L:52.4%,M:2.2%,Eo:1.8%) plaquetas 80:000. Frotis en sangre periférica: Rouleaux muy marcado. Se ingresa en MI para completar estudios. Se realiza consulta a hematología que realiza perfil reticulocitario, mielograma y morfología de la médula ósea, que confirman el diagnóstico de SMD y citopenia refractaria con displasia multilinea. Diagnóstico diferencial: 1. Síndrome mielodisplásico con citopenia refractaria y displasia multilinea. 2. Esclerosis múltiple con neuritis óptica del OI. 3. Manchas de Roth en fondo de ojo, en probable relación con discrasia sanguínea y severa anemia. El paciente es diagnosticado de SMD tipo CRDM con transformación a leucemia aguda realizando trasplante alogénico de PHSP de hermana HLA -idéntico.

CONCLUSIONES:

Se trata de un paciente con esclerosis múltiple en el que los hallazgos fundoscópicos (manchas de Roth, hemorragias y exudados algodonos) sugieren una endoftalmitis en la que podrían estar involucradas infecciones bacterianas, víricas o micóticas. Las manchas de Roth son patognomónicas de la endocarditis bacteriana subaguda aunque puede observarse en las leucosis, la isquemia retiniana, en la infección VIH/SIDA, microangiopatía retiniana asociada a anemia prerniciosa. Los hallazgos clínicos en el fondo de ojo está relacionada con leucocitosis, así como con niveles bajos de hemoglobina y hematocrito y con trombocitopenia, las cuales son reflejo de una mayor disfunción medular.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1598

LA DISNEA DE LAS MIL CARAS

E Díaz de Mayorga Muñoz, P Carles García, C Rodríguez Rebollo,
A Von Wernitz Teleki, JM Aguilar Mulet, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: disnea-insuficiencia cardíaca-enfermedades intersticiales pulmonares

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 62 años. Exfumador (IPA 25). Fibrilación auricular y doble lesión mitral reumática. Cirugía de sustitución valvular protésica mitral, crioablación de FA y cierre de la orejuela hace un año y medio. ETT y ergometrías posteriores normales. SAHS moderado. Tratamiento habitual: furosemina y amiodarona. Acude a urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de aumento de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, con tos y expectoración blanquecina. Había realizado ciclo antibiótico y aumentado la dosis diurética sin mejoría. A su llegada TA 100/60 mmHg, FC 76 lpm, FR 50 rpm, Tª 37.3°C, satO2 77%, ACP normal, resto de exploración física sin hallazgos. Se instaure oxigenoterapia con ventimask al 40%, mejorando la satO2. Analítica: Leucocitos 11.780 (N 74.2%, L 10.4%, E 7.2%), Urea 51 mg/dl, Creatinina 1.38 mEq/l, TroponinaT 10.29 ng/L, pH 7.60, pCO2 23 mmHg, pO2 50 mmHg, Bicarbonato 22.6 mmol/L, láctico 1.7 mmol/l, Procalcitonina 0.05 ng/mL. Rx tórax: Patrón intersticial bilateral. Ecografía: Líneas B en ambos campos pulmonares, VCI 0.9cm con colapso 50%. Ante la sospecha inicial de insuficiencia cardíaca aguda izquierda se realiza ETT urgente, que es normal. Ante el cuadro de disnea progresiva con patrón intersticial bilateral nos planteamos otras posibilidades diagnósticas: 1. Neumonía infecciosa atípica: poco probable ya que había sido tratado con Levofloxacino. 2. Neumonía por Pneumocystis carinii: sin causa conocida de inmunosupresión, se solicita test de VIH urgente que es negativo. 3. TEP: poco probable, D-dímero negativo y escala de Wells 0. 4. Neumonitis por amiodarona: La sospecha más probable por la toma crónica de dicho fármaco. Se inicia tratamiento con metilprednisolona iv y se ingresa en Neumología para continuar estudio.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con disnea en urgencias, es muy importante hacer una valoración inicial rápida e instaurar las medidas de soporte adecuadas, además de realizar un diagnóstico diferencial para identificar la causa e iniciar un tratamiento dirigido. En este caso destacar la importancia de la ecocardiografía realizada en urgencias, ya que a pesar de que los datos iniciales nos hacían sospechar un origen cardíaco de la disnea, la normalidad del ETT nos hizo plantearnos otros diagnósticos alternativos, destacando los de origen pulmonar.

P-1599

¿LA SUTILEZA DE LOS PEQUEÑOS DETALLES, EL MÉDICO DE URGENCIAS COMO SOSPECHADOR DE LO INFRECLENTE?

F Campillo Palma (1), F Campillo Palma (1), CM Cano Bernal (2),
FM Parra Martínez (2), V Martinetti (2), C Aviles Hernández (2),
B de la Villa Zamora (e)

(1) Hospital Universitario Morales Meseguer.

(2) Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: venous thrombosis-cardiovascular abnormalities-lower extremity

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 22 años, sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos, ni antecedentes familiares/personales de enfermedades de interés. No toma farmacológica previa. Acude a urgencias por cuadro de cuatro semanas de dolor progresivo en hemiabdomen izquierdo, fosa renal y miembro inferior ipsilateral de características mecánicas que, tras múltiples consultas en urgencias y atención primaria, es diagnosticado ecográficamente de CRU, ITU y bursitis pre-rotuliana. Hallazgo última ecografía: Nefritis focal izquierda. Tratamiento con cefuroxima, sin mejoría. En última semana, persistiendo dolor residual en hemiabdomen/fosa renal izquierda, aumenta el dolor en miembro inferior ipsilateral focalizado en región inguinal y cara posterior del muslo. Asocia clínica asténica y anorexia. No fiebre previa, ni clínica miccional. Dos vómitos alimentarios el día de consulta, con estreñimiento. Sin otros hallazgos clínicos. Exploración física: fiebre de 38°C, Abdomen blando/depresible, con zona empastada, sin rebote, ni pulsatilidad, mesogástrica/FII, Palidez y trama venosa marcada bilateral, desde zona inguinal hasta tercio medio de ambos mmii. Homans negativo. Dolor inguinal a la movilización del miembro izquierdo. Pulsos distales conservados, Resto normal. Ante hallazgos y evolución del cuadro, sin clara etiología, pero con sospecha de que ese abdomen y la palidez de miembros escondían algo, solicito analítica completa y nueva ecografía abdominal dirigida a zona dolorosa/empastada. Bioquímica, hemograma, coagulación y orina normal. Ecografía abdominal: ¿coincidiendo con el punto de mayor dolor a la exploración física se observa ocupación de vena iliaca izquierda?, Diagnóstico final: extensa trombosis de la vena cava inferior con extensión a ambas venas ilíacas externas y al sistema venoso profundo del miembro inferior izquierdo. Dada estabilidad hemodinámica y clínica subaguda, tras consulta con radiólogo intervencionista, se decide tratamiento con Heparina sódica, bolo 5000UI y posterior perfusión de 25000UI a 21 ml/hora. Al alta acenocumarol. Ingreso en MI donde se filia: Trombosis secundaria a anomalía de vena cava inferior por hipoplasia centrada en sector renal.

CONCLUSIONES:

A pesar de ser un diagnóstico infrecuente, ante dolores abdominales tópicos, sin clara mejoría, con alteraciones de miembros inferiores asociadas, debemos sospechar, dentro del diferencial, la trombosis de territorios vasculares atípicos, sobretudo, si asocian factores de riesgo. Evitar sesgos de anclaje y en ocasiones, parar y re-historiar puede ayudarnos en estos casos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1601

SOSPECHA DE SEPSIS DE ETIOLOGÍA INCIERTA

C García Balsalobre (1), C Celada Roldán (2), MS Fernández Guillén (3),
L Muñoz Alonso (1), M García Aroca (4), MI Gómez López (5),
JF García García (5)

(1) CS San Antón. (2) CS Los Dolores. (3) CS El Algar, Mar Menor.
(4) Centro de salud Los Dolores. (5) CS Cartagena Este. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: sepsis-absceso-intramuscular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 45 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias refiriendo malestar general, escalofríos y dolor poliarticular sin signos inflamatorios de 3 días de evolución. Niega infecciones o intervenciones quirúrgicas previas, síndrome miccional ni otra sintomatología. Durante su estancia en Urgencias el paciente presenta inestabilidad hemodinámica y tras objetivar criterios de sepsis sin focalidad, se ingresa en UCI iniciando antibioterapia de amplio espectro y suero-terapia sin precisar vasopresores. Tras su estabilización, en la reanamnesis, el paciente comenta que los días previos precisó urbason intramuscular por lumbalgia, confirmando así nuestro foco de entrada infeccioso. Presentaba regular estado general. Tendencia a la somnolencia sin focalidad neurológica. TA: 86/46 FR: 32rpm. Fiebre (40°C), palidez cutánea y signos de deshidratación. Hiperemia conjuntival bilateral. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal anodina. Extremidades inferiores edematosas con dolor a la movilización. Zona de tumefacción, eritema y mínima secreción purulenta con dolor en glúteo izquierdo. Pruebas complementarias: Analítica: lactato sérico 5 mmol/l, Creat 2.36, NA125 K:4.2 Ca 6.6 LDH 517 UI/l, CK245 UI/L, PCR 41. HB 9.3, Leucocitos 18.810 (Neutrófilos 80%), Plaquetas 105,000. Rx. de tórax normal. Hemocultivo y urocultivo: negativo. Cultivo exudado: S. aureus. Ecografía Abdominal: Normal. Ecografía glúteo izquierdo: colección con contenido ecogénico de 5x3 cm sin flujo doppler. Diagnóstico: Sepsis con insuficiencia renal aguda por absceso glúteo. Diagnóstico Diferencial: Shock séptico, shock de cualquier etiología, insuficiencia suprarrenal aguda, sobredosis de fármacos o tóxicos.

CONCLUSIONES:

La sepsis es un síndrome complejo que ha aumentando su incidencia en los últimos años, asociándose a una elevada mortalidad a corto y largo plazo, por lo que su identificación es fundamental así como un tratamiento precoz que nos permita mejorar el pronóstico de nuestros pacientes. Actualmente existen nuevas definiciones de sepsis y shock séptico (The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock 2016), así como la introducción de la escala SOFA y qSOFA para facilitar a nivel hospitalario la identificación y estratificación adecuada del riesgo y el manejo posterior.

P-1602

MUJER CON HEMOPTISIS Y FRACASO RENAL AGUDO

C Sánchez Díaz, D de la Rosa Ruiz, J Marcos Alba

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: hemoptisis-hipoxemia-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 84 años, Hipertensa y dislipémica, con una fibrosis pulmonar incipiente evidenciada en TAC en 2013. Consulta por un cuadro de un mes de evolución consistente en empeoramiento de su disnea habitual, hasta hacerse de mínimos esfuerzos asociando tos con expectoración hemoptoica. Disminución subjetiva de la diuresis, sin ortopnea, ni disnea paroxística nocturna, ni dolor torácico, ni fiebre. En una analítica de control de hace 10 días presenta una creatinina de 5,93 mg/dl (previa normal). Exploración física: estable hemodinámicamente, con una saturación de O₂ del 70% basal, taquipnea (FR: 35 rpm), con intenso trabajo respiratorio, crepitantes bilaterales hasta campos superiores y edemas con fovea hasta raíz de miembros. Analítica: Anemia normocítica, BNP elevado, creatinina 8 mg/dl, FG- MDRD4 11,11 ml/min, potasio 6,3mEq/l. Radiografía de tórax: infiltrados alveolares múltiples coalescentes bilaterales.

CONCLUSIONES:

Se trata de una mujer con hemoptisis, anemia, hipoxemia e infiltrados alveolares difusos, por lo que nuestra principal sospecha clínica es la de hemorragia alveolar difusa. Los cuidados de soporte son fundamentales en esta patología, por lo que se cuantificó la cantidad y la velocidad de la hemoptisis, que no fue masiva, pero sí que condicionaba una insuficiencia respiratoria severa (hemoptisis grave), que requirió monitorización estrecha de la paciente y oxigenoterapia con mascarilla de alto flujo para lograr saturaciones adecuadas. La paciente permaneció estable hemodinámicamente, sin embargo, presentaba una sobrecarga de volumen muy severa, que no respondía al tratamiento diurético, motivo por el que se realizó una sesión de diálisis. Debido a la afectación pulmonar y renal, consideramos que de entre las posibles causas de hemorragia alveolar difusa, la más probable es la capilaritis pulmonar secundaria a una vasculitis sistémica. La hemorragia alveolar blanda, secundaria a trastornos de la coagulación, resulta poco probable ya que la paciente no recibía tratamiento anticoagulante. El síndrome de distrés respiratorio agudo del adulto secundario a una infección respiratoria es otra posibilidad que hay que descartar antes de administrar inmunosupresores (tratamiento de las vasculitis), de hecho se administró antibioterapia empírica y continuó el estudio inmunológico en nefrología, siendo diagnosticado de poliangeítis microscópica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1603

UN HONGO CON MÁS DE 100 AÑOS DE HISTORIA

S Mateos Díez (1), C Rodríguez Piedracoba (2),
MS Cañamares Aranda (1), MC Morillas Escobar (1),
J Sánchez-Carpena (1), E Valpuesta Meleiro (2)

(1) Hospital Universitario Infanta Sofía. (2) Hospital Universitario del Henares.
Madrid

PALABRAS CLAVE: Pneumocystis carinii-Pneumonia-HIV

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por *Pneumocystis jirovecii* constituye una patología oportunista frecuente en pacientes VIH con recuentos de Linfocitos T CD4 < 200 células/mm³. **OBJETIVO:** Se revisa el caso clínico de una infección respiratoria ocasionada por un agente etiológico poco habitual en las urgencias hospitalarias, con la finalidad de alertar al médico para un diagnóstico y tratamiento oportuno. **MATERIALES/PACIENTES Y MÉTODOS:** Se expone el caso de un paciente de 44 años, extoxicómano y diagnosticado de infección por VIH en el año 2000, momento en el que comenzó con tratamiento antirretroviral. Comentaba cuatro días de tos no productiva y fiebre asociada a disnea de esfuerzo. Afirmaba llevar meses sin tomar la medicación antirretroviral. A la exploración física solo destacaba la presencia de muguet orofaríngeo. Las pruebas complementarias revelaron una analítica con valores de CD4 descendidos (43 CD4/mm³), Lactato deshidrogenasa elevada y en la radiografía de tórax un patrón intersticial reticular bilateral en lóbulos superiores y medios, asimétrico, junto a unas imágenes nodulares, una de las cuales se encontraba aparentemente cavitada. Se sospechó una Neumonitis por *Pneumocystis jirovecii* y se comenzó tratamiento empírico con Cotrimoxazol junto a Esteroides. **RESULTADO:** El diagnóstico de sospecha se confirmó con la realización de una broncoscopia, mostrando el cepillado bronquial un resultado positivo para *P. jirovecii*. El paciente obtuvo muy buena respuesta clínica. Al alta, se mantuvo el tratamiento con Trimetoprim-Sulfametoxazol hasta completar los 21 días. De acuerdo con el paciente se procedió a reiniciar la terapia antirretroviral.

CONCLUSIONES:

La enfermedad conocida hasta ahora como Neumonía por *Pneumocystis carinii* es una de las entidades que causan mayor mortalidad en personas con inmunodeficiencia. Durante el período inicial, oscila entre un 10-20%, pero se ve incrementada si los pacientes son subsidiarios de ventilación mecánica, razón por la que se les suele asociar tratamiento con corticoides. Es de fundamental importancia conocer las características de la presentación en dicha población con el objetivo de optimizar la prevención y el tratamiento de esta entidad.

P-1604

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE CONSUMIDOR DE COCAÍNA

JM Cañizares Romero, M Martínez Ibáñez, A Cordero Moreno,
I Corrales Álvarez, MM Rojas Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: dolor torácico-disnea-enfisema subcutáneo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso: Varón de 19 años. Sin antecedentes de interés. Fumador de 10 cc/día y consumidor de cocaína inhalada desde hace unos meses. Acude a urgencias por dolor torácico punzante en hemitórax izquierdo, que se inició de forma brusca mientras estaba en un salón de juegos a las 2 de la madrugada y que cedió de manera espontánea. A las 8 de la mañana, el paciente despierta con el mismo dolor y con sensación de disnea. Empeora con los movimientos respiratorios y al inclinarse hacia delante, sin cortejo vegetativo asociado. Niega tos, vómitos, esfuerzos, no crisis de asma ni infecciones recientes, no relaciones sexuales en los días previos ni traumatismo. No practica deporte de tipo submarinismo. Como único antecedente destaca consumo de cocaína inhalada esa noche. Aceptable estado general. Consciente. TA: 114/64. FC 88 lpm. Afebril. SatO₂: 98% con oxigenoterapia a 2 l/m. Crepitación subcutánea cervical derecha. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos sin soplos con crepitantes secos en focos cardíacos. MV conservado. Abdomen: Anodino. ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm con BIRDHH. Radiografía de tórax: imagen de neumomediastino. Analítica sanguínea: Hemoglobina 14,6. Leucocitos 16600 (Neutrófilos 80.9%). Bioquímica, coagulación y gasometría venosa normal. PCR 14. Analítica de orina: positivo a cocaína TC con contraste iv de tórax: extenso neumomediastino que diseca todas las estructuras mediastínicas (esófago, vía aérea y estructuras vasculares) con extensión craneal disecando planos musculares y vasculares cervicales que se introduce por el canal cervical adyacente a la arteria vertebral derecha. Mínimo neumotórax localizado en cisura mayor izquierda. Evolución: Durante su estancia en Observación es valorado por UCI y Cirugía Torácica que descartan ingreso por su parte al estar estable y con mínimo neumotórax. Se decide ingreso en Neumología, donde evoluciona favorablemente con tratamiento analgésico y oxigenoterapia, con práctica resolución del neumomediastino al alta. Juicio Clínico: Neumomediastino espontáneo. Diagnóstico diferencial: neumotórax, perforación esofágica, pericarditis.

CONCLUSIONES:

El neumomediastino espontáneo es una rara complicación del uso de cocaína inhalada. Ésta puede inducir broncospasmo por la inhalación, con aumento de la presión alveolar seguido de rotura alveolar, que conduce al enfisema intersticial y al neumomediastino. La actitud es conservadora, con observación, control del dolor y oxigenoterapia según sea necesario.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1606

SEPSIS TROPICAL

M Martínez Ibáñez, A Cordero Moreno JM Cañizares Romero, AM Gutiérrez García, I Corrales Álvarez, MM Reina Martín, MM Rojas Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: fiebre de origen desconocido-sepsis-inmunodepresión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso: Varón de 71 años hipertenso, dislipémico y VIH con buen control inmunovirológico, que acude a urgencias derivado por su médico de atención primaria por cuadro de hipotensión, sensación distérmica y mal estar general de 24 horas de evolución tras viaje a Sierra Leona durante un mes, habiendo realizado una correcta profilaxis previa al viaje. El paciente ha permanecido de vacaciones durante un mes en Costa de Marfil con baños en río sufriendo múltiples picaduras de insectos, asociando prurito y lesiones por rascado de forma general. Regular estado general. Consciente. TA: 60/40 mmHg. SatO₂: 98%. Temperatura 38.5°. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorespiratoria: Taquicárdicos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservados. Abdomen: Anodino. Piel y extremidades: Destaca placa ulcerada con borde inflamatorio en zona infrapatelar derecha con eritema, empastamiento y rubor de tercio distal de pierna derecha respecto a contralateral. Exantema maculoeritematoso generalizado con lesiones por rascado generalizadas. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: cifosis dorsal con engrosamiento pleural basal izquierdo y pequeños infiltrados en pulmón derecho. Analítica sanguínea: Hemoglobina 13.3. Leucocitos 22.900 (Neutrófilos 90%), Tiempo de protrombina 68%, creatinina 2.11, PCR 231, procalcitonina 0.96, Lactato 3. Evolución: Durante su ingreso al paciente se le extrajeron hemocultivos, serología de enfermedades infectocontagiosas y gota gruesa. La gota gruesa fue negativa, aislandose en los cuatro hemocultivos *Stafilococcus aureus* sensible a meticilina de foco cutáneo con bacteriemia y sepsis secundaria. El paciente permanece ingresado en medicina interna, en la unidad de infecciosos tras requerir ingreso en unidad de cuidados intensivos por neumonía bilateral nosocomial e insuficiencia respiratoria severa con encefalopatía hipóxica. Juicio Clínico: Sepsis grave por *Stafilococcus aureus* sensible a meticilina de foco cutáneo con bacteriemia. Diagnóstico diferencial: Malaria, Dengue, Tripanosomiasis africana, leishmaniasis, esquistosomiasis, tuberculosis, Chagas-Mazza, Lepra, Filariasis linfática, Oncocercosis.

CONCLUSIONES:

Se ha definido la sepsis como la disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza para la supervivencia. El *Staphylococcus aureus* es un coco Gram-positivo de distribución universal con factores de virulencia que determinan su persistencia, recurrencia y la tendencia a producir focos secundarios. La localización de infecciones en la piel o en partes blandas.

P-1607

GRANJERO BUSCA ETIOLOGÍA INFECCIOSA:
CUANDO LA ANAMNESIS TE MUESTRA EL CAMINO...

M del Pueyo Parra, MA Morelló Gracia, B Sierra Bergua, J Navarro Calzada, V Ortiz Bescós, I Pérez Pañart, A Aliaga Guillén

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: fever-*Coxiella burnetii* infection-agricultural workers-diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 42 años, trabaja con ganado vacuno, sin antecedentes médicos de interés. Acudió a Urgencias por presentar cuadro febril de hasta 39°C de dos días de evolución con leve tos sin expectoración, cefalea frontal y artromialgias. Exploración: Presión Arterial 87/66 mmHg, T^a 37,5 °C, Frecuencia Cardíaca 106 l.p.m. No adenopatías. Resto de exploración por aparatos no evidencian hallazgos significativos. Pruebas Complementarias de Urgencias: - Radiografía de tórax: no se observan consolidaciones parenquimatosas. - Analítica Sanguínea: leucocitosis (11.2 mil/mm³), leve elevación de neutrófilos (89.2%), lactato 1.9 mmol/L, PCR 21.81 mg/dl. AST 56, ALT 67. Dada la sospecha de cuadro infeccioso de origen zoonótico y el grado de afectación, se ingresa en Infecciosos para completar estudio con antibioterapia empírica con doxiciclina 100 mg cada 12 horas, previa extracción de muestras para estudio. La sospecha inicial de Fiebre Q se confirma mediante serología, con IgM anti-*C. burnetii* positivo 1.64, siendo el resto de estudios anodinos. El paciente presenta buena evolución, permaneciendo afebril desde las 72 horas del inicio de antibioterapia. El tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas se mantuvo durante 10 días. Posteriormente presentó largo periodo de convalecencia domiciliar por persistencia de astenia.

CONCLUSIONES:

La Fiebre Q es la infección causada por la bacteria *Coxiella burnetii*, con una incidencia heterogénea en España pero de relevancia en nuestro medio por tratarse de un sector rural donde predomina el contacto con ganadería. La infección se produce habitualmente por inhalación de aerosoles de origen animal contaminado, habitualmente en entorno laboral. Tiene una expresión clínica variable según la localización geográfica y estacionalidad. Nuestro caso presentaba la semiología cardinal de la Fiebre Q: fiebre, cefalea, importante afectación del estado general, síntomas respiratorios y citolisis hepática con evolución favorable tras tratamiento. La relevancia de este caso, así como el interés de su difusión, reside en reforzar la importancia de una correcta anamnesis, que en determinados casos permite acotar un diagnóstico en pacientes con factores epidemiológicos de riesgo y, como consecuencia de lo previo, efectuar un tratamiento antibiótico precoz dirigido.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1608

¡CUIDADO! LA VARICELA SE COMPLICA EN EL ADULTO

**A Ruiz Álvarez (1), N Fernández Sobredo (2), I Ruiz Álvarez (3),
C Villalibre Calderón (4), L López Álvarez (5),
M de la Roz Sánchez (6), S Vidal Tanaka (6)**

(1) Hospital Universitario San Agustín/CS La Carriona. (2) Hospital Universitario San Agustín/CS Las Vegas. (3) Hospital Universitario Central de Asturias. (4) Hospital Universitario San Agustín. (5) Área III. (6) Hospital Universitario San Agustín. Asturias

PALABRAS CLAVE: varicela-herpes zóster-neumonía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años, cuyo único antecedente es hipertensión arterial a tratamiento con IECA que acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace una semana malestar general, prurito, astenia, fiebre que no cede con antitérmicos habituales (Paracetamol) y, desde hace 48 horas, tos seca y disnea de moderados esfuerzos. Refiere que convive con su hija, afectada de varicela hace un mes. A la exploración el paciente se encuentra febril con una saturación de oxígeno del 96%, objetivándose lesiones cutáneas pustulosas, vesículas y costras en el tronco, manos, pies y extremidades superiores e inferiores, presentando así mismo en la auscultación pulmonar crepitantes en ambas bases y roncus dispersos. Se solicita analítica urgente consistente en bioquímica básica sin alteraciones excepto una elevación de la PCR y un hemograma con las 3 series normales. Por otra parte, se pide una radiografía de tórax objetivándose un patrón alveolo intersticial difuso de predominio en bases. Ante la sospecha de una neumonía por virus varicela zoster se ingresa en el Servicio de Neumología pautándose Aciclovir endovenoso como tratamiento. Para confirmar dicho diagnóstico se solicita serología del virus varicela zoster, con resultado positivo, exudado nasofaríngeo y de vesículas cutáneas, objetivando ADN de VVZ. Con el tratamiento pautado el paciente presenta buena respuesta clínica, siendo dado de alta tras la resolución de las lesiones radiológicas, normalización de las pruebas de función hepáticas y con las lesiones cutáneas en fase de costra.

CONCLUSIONES:

La varicela es una enfermedad que en países desarrollados afecta generalmente a niños, ocurriendo en adultos en menos del 5% de los casos. De las diversas complicaciones asociadas con esta infección (neurológicas, cutáneas, articulares, oculares, cardíacas y hematológicas), la neumonía es la más grave y frecuente en el adulto. Con este caso clínico queremos hacer hincapié en la importancia de evitar el contacto entre pacientes no inmunizados contra la varicela y pacientes enfermos, sobre todo si hablamos de pacientes adultos. Las complicaciones son más frecuentes en la población adulta, apareciendo las manifestaciones neumológicas hasta en un 10%-50%, presentando una mortalidad entre el 10%-30%. Por lo que un diagnóstico precoz y correcto permite instaurar un tratamiento eficaz.

P-1609

FÍSTULA BRONCO-PLEURAL EN PACIENTE NEUMONECTOMIZADO

**L López Menéndez, ML Pérez Otero, M Debán Fernández,
A García Muñiz, C Fernández Iglesias**

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: fistula-thoracotomy-pneumectomy

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 62 años, diabético, diagnosticado de Ca. epidermoide de pulmón estadio IIIB en 2010 y tratado con QT+RT. En 2011 presenta recidiva tumoral por la que se realiza neumonectomía derecha completa. Desde entonces en revisión por neumología, realizándose último TAC torácico en septiembre/16 sin evidencia de recidiva. Durante el mes de octubre el paciente visita en varias ocasiones los servicios de Urgencias y consultas de Neumología por tos, objetivándose en la la Rx de tórax nivel hidroaéreo en hemitórax derecho, que pasó desapercibido. En noviembre, el paciente ingresa en Urgencias con disnea intensa e inestabilidad hemodinámica diagnosticándose de fistula bronco-pleural y precisando tratamiento urgente con medidas posturales y tubo de tórax. Dos días mas tarde el paciente presenta de nuevo episodio de inestabilidad por lo que se decide toracostomía abierta de urgencia. Dos meses después del alta el paciente reingresa nuevamente por sangrado por la toracostomía imposible de controlar siendo exitus.

CONCLUSIONES:

La fistula bronco-pleural es una complicación poco frecuente pero grave en un paciente con cirugía pulmonar previa (neumonectomía, lobectomía o segmentomía). Debemos sospecharla ante una caída en el nivel de líquido postneumonectomía o ante una fuga aérea continua tras una blelectomía. Siempre que se sospeche está indicado realizar una broncofibroscopia. El tratamiento consistirá en una retoracotomía lo antes posible.



CASOS CLÍNICOS

P-1610

¿POR QUÉ UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ES ÚTIL EN UN DOLOR ABDOMINAL? A PROPÓSITO DE UN CASO

T Villota García, A Sánchez-Trancón Sánchez, P Climent Pons,
L Franquesa Serra, L Agut Borràs, A Cogollos Garrigues,
K Stepanova

Hospital Comarcal de Vinarós. Castellón

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-TBC intestinal-cuadro suboclusivo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Objetivo: Mujer de 39 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal localizado en hipogastrio y FII de 12 horas de evolución. Inicialmente de características cólicas que pasa a ser continuo asociado a un vómito y sensación distérmica. Material, paciente o método: Sin antecedentes patológicos. Antecedentes Obstétricos: 14 G, 4P, 10A. Antecedentes Epidemiológicos: inmigrante procedente de Rumanía, prostituta, bajo nivel socioeconómico. EF: CyO, NH, NC, ACP: anodina. ABD: Dolor a la palpación en hipogastrio, flanco izquierdo y FII, descompresión positiva, no masas, Blumberg positivo. PC: RX tórax: infiltrados apicales bilaterales. RX abdomen: dilatación de asas intestinales delgadas. A/S: Leucocitosis con desviación izquierda. PCR negativa. Ecografía abd: oclusión intestinal. TC tórax: engrosamiento fibrocicatricial apical bilateral, consolidaciones parcheadas lóbulo superior. Cavitación en LSI. TC abd: distensión de asas de intestino delgado, liquido libre. TC pélvico: masa hipogénica en cérvix uterino que infiltra cuerpo uterino. Tránsito GI: en íleon terminal segmento irregular desflecado, cuadro suboclusivo. Broncoscopia: Sin Hallazgos patológicos. Espudo + BAAL: Zielh-Nielsen: negativo. Cultivo de espudo: TBC positivo. Serologías CMV IgG positivo. Estein Baar IgG positivo. Citología Cervix: displasia severa. Conización: Displasia severa CIN3-Carcinoma de endometrio in situ de células escamosas. Colonoscopia: enteritis/colitis granulomatosa, Zielh-Nielsen: negativo, PCR TBC negativo. Resultados: Paciente ingresa en cirugía por cuadro suboclusivo diagnosticado de TBC intestinal y pulmonar. Se inicia cuádruple terapia antibiótica y se realiza conización de lesión endometrial. La paciente presenta mejoría clínica abdominal con desaparición de infiltrados en Rx de tórax. Posteriormente presenta reingresos hospitalarios por cuadros suboclusivos asociados. Sin ingresos desde 2016. En la actualidad en seguimiento por consultas de Digestivo y Ginecología.

CONCLUSIONES:

Conclusiones: El dolor abdominal agudo suele ser inespecífico y con una gran variabilidad de etiologías tanto intra como extraabdominales. Aunque en muchas ocasiones se oriente como patología quirúrgica, no debemos olvidar la gran cantidad de etiologías médicas que pueden causarlo. Gracias a las pruebas complementarias tales como la radiografía de tórax podemos orientar hacia diagnósticos no puramente abdominales como ocurrió en este caso.

P-1611

LA FIEBRE VIAJERA

B Cabrera Fernández (1), M Coll Hernández (1), J Gázquez Pérez (2),
MV Cerezo Navarro (1), M Fuentes Bermejo (3)

(1) Hospital Universitario de Fuenlabrada-CS Panaderas.

(2) Hospital Universitario Fuenlabrada-CS Francia.

(3) Hospital Universitario de Fuenlabrada-CS Castilla la Nueva. Madrid

PALABRAS CLAVE: fiebre-artralgia-virus Zika

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 57 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y conectivopatía en tratamiento con hidroxiquina y metotrexato, acude por presentar episodio autolimitado de fiebre, rash cutáneo y conjuntivitis de dos días de duración hace una semana. Desde entonces presenta artromialgias y astenia. Comenta suspensión voluntaria del tratamiento habitual y llegada reciente de Bucaramanga, Colombia. Presenta una exploración física anodina. Analítica con elevación leve de reactantes de fase aguda y radiografía de tórax normal. Dada la clínica y su lugar de procedencia nos podemos plantear el siguiente diagnóstico diferencial: zika, dengue, chikungunya, malaria, leptospirosis, parvovirus y rickettsiosis. Como agente distractor presenta la conectivopatía y suspensión del tratamiento habitual. Solicitamos serologías y PCR de dengue, chikungunya y zika, siendo para este último positivo. Diagnóstico: Infección por virus zika.

CONCLUSIONES:

En las últimas décadas ha habido un aumento considerable de desplazamientos internacionales, esto ha provocado que gran cantidad de patología infecciosa propia de otras zonas geográficas sea vista en servicios de urgencias. El virus de zika es un flavivirus transmitido por mosquitos infectados del género Aedes, y sobre todo de Aedes aegypti en las regiones tropicales. Se han registrado brotes en África, las Américas, Asia y Pacífico. La principal vía de transmisión es por picadura de mosquito, siendo también posible la transmisión sexual. El periodo de incubación es de unos 2-14 días, la sintomatología suele ser leve y de 2-7 días de duración. La clínica ocurre aproximadamente en un 20% de los infectados, caracterizándose por fiebre, rash maculopapular pruriginoso, artralgia y conjuntivitis no purulenta. También podrían presentar mialgia, cefalea y astenia. Las complicaciones pueden ser neurológicas (microencefalopatía congénita, síndrome de Guillain-Barré, mielitis y meningoencefalitis) y pérdidas fetales. El diagnóstico es clínico con exposición epidemiológica previa, confirmándose mediante rRT-PCR de RNA viral o serología. El tratamiento es sintomático. Se deben tomar medidas preventivas frente a picaduras y transmisión sexual (en el varón 6 meses y en la mujer 8 semanas postexposición, habiendo sido sintomáticos o no). El virus zika fue declarado como una emergencia de salud pública de importancia internacional en febrero de 2016, por ser el posible causante de numerosos casos de microcefalia.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1614

NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

MC Morillas Escobar, S Mateos Díez, J Sánchez-Carpena,
MS Cañamares Aranda

Hospital Universitario Infanta Sofía

PALABRAS CLAVE: pneumonia, necrotizing-empyema, pleural-Streptococcus pneumoniae

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del parénquima pulmonar asociada a algunos síntomas acompañados de infiltrado torácico en la radiografía y hallazgos auscultatorios. La NAC es uno de las infecciones más comunes en medicina y una importante causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Las complicaciones pulmonares, aunque infrecuentes, incluyen el empiema, la neumonía necrotizante y los abscesos pulmonares. **OBJETIVO:** Dar a conocer un caso en el que una neumonía neumocócica, aparentemente leve, puede complicarse, cuales son los métodos para su diagnóstico y el manejo más adecuado. **MATERIAL, PACIENTE Y MÉTODO:** Mujer de 75 años fumadora de 20 cigarrillos al día, sin antecedentes de interés, acude al Servicio de Urgencias con malestar general, fiebre de 39°C, disnea de reposo y tos con expectoración blanquecina de 7 días de evolución. Sin otra sintomatología acompañante. En la exploración física presenta malestar general, taquipnea con una SatO₂ 83% basal. TA 114/64 mmHg, FC 99 lpm, T° 38°C. En la auscultación pulmonar destaca la disminución del murmullo vesicular y crepitantes secos bibasales. La analítica muestra Leucocitosis 13.02 10E3/uL, pO₂ arterial basal 39,2 y una PCR 467.0 mg/L. En la radiografía se aprecia una consolidación neumónica en lóbulo y gran parte de lóbulo izquierdo. Se inicia tratamiento con Levofloxacino + Piperacilina-Tazobactam que posteriormente se desescala a Ceftriaxona y se extraen antígenos en orina de Legionella y Neumococo, siendo el último positivo. **RESULTADOS:** La paciente ingresa a cargo de UCI donde destaca escasa evolución radiológica con persistencia de consolidación basal izquierda. Se realiza TAC torácico diagnóstico, destacando parénquima pulmonar LII con aspecto de necrosis y signos de proceso de cavitación/abscesificación, consolidación en parénquima pulmonar de LSD de aspecto inflamatorio y derrame pleural bilateral, loculado en hemitórax izquierdo. Se decide colocación de tubo de drenaje torácico y fibrinolisis pleural, obteniéndose líquido con criterios de exudado y antigenuria para neumococo positiva.

CONCLUSIONES:

El Streptococcus pneumoniae ha sido tradicionalmente la causa más común de NAC. La prevalencia junto a la infección neumocócica de otras complicaciones infecciosas son raras debido al uso de antibióticos, pero es importante sospecharlas en caso de mala evolución de la sintomatología debido a la elevada morbimortalidad que implican.

P-1644

¿A CEFALÉAS NECIAS, OÍDOS SORDOS? ¡OJO!

P Fabero Cruz, C Gil Rojo, P Matías Soler, C Quirós Alcalá

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: headache-thrombosis-infection

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 20 años que lleva unas tres semanas, con un cuadro de dolor en el oído derecho, otorrea y fiebre, del que presenta leve mejoría, tras tratamiento antibiótico con augmentine, pautado por el otorrinolaringólogo, pero que a pesar de éste, continúa con síntomas. Llega a la urgencia refiriendo, que hace unos 5 días, comienza a asociar al cuadro anteriormente descrito: cefalea hemicraneal derecha, pulsátil, que empeora en decúbito supino, con necesidad de estar de forma continua en bipedestación. Así mismo, refiere: fotofobia, náuseas y tres vómitos en las últimas 24 horas, con fiebre termometrada de 39 °C en los últimos días. Exploración por parte del equipo de otorrinolaringología: sin hallazgos significativos, con mejoría clara del oído, respecto a última revisión. Exploración neurológica: leve desorientación temporal, el resto anodino. Análisis de sangre periférica con: Hb: 12,3 Htc: 37,5% leucocitos 12.000 con 79% desviación neutrofílica, plaquetas 218.000 PCR: 24,9 INR: 1,8 Cr: 1,2 FG: 80 NA: 131 K:4,2 Ante estos hallazgos se solicita TC de cráneo con contraste, objetivándose una trombosis de los senos: transversos, sigmoide y de la vena yugular derecha, con otitis media derecha con extensión a mastoides. Se inicia tratamiento antibiótico con cefepime y vancomicina, y terapia anticoagulante con clexane 60mg cada 12 horas. El paciente ingresa en la planta de neurología para completar el estudio y valorar posibilidad de cirugía para drenaje del oído derecho.

CONCLUSIONES:

Con este paciente pretendemos reflejar la importancia de una buena anamnesis, en este caso, haciendo una puntualización, en la importancia de preguntar de forma adecuada, los síntomas de alarma de una cefalea, ya que son la base para sospechar un diagnóstico y solicitar las pruebas complementarias necesarias, para llegar de forma certera, a ese diagnóstico, permitiéndonos iniciar un tratamiento precoz, para evitar complicaciones secundarias a una patología grave, como es una trombosis venosa de senos, como la que tenía finalmente nuestro paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1646

¡ESTO SE NOS COMPLICA!

D Fernández Torre (1), C Tarnos Alegre (1), P López Tens (2), A Blanco García (1), I Robles Fernández (3), J Villar Ramos (4), D López Fernández (1)

(1) CS Camargo Costa. (2) C. S. Cazoña. (3) SUAP Alisal. (4) C. S. Dávila. Cantabria

PALABRAS CLAVE: retrofaríngeo-mediastinitis-espina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 67 años con antecedentes de dislipemia, TBC pulmonar en la infancia y amigdalectomía que acude a urgencias de hospital por cuadro de 8 días de fiebre de hasta 39°C, odinofagia, disfonía y dolor cervical que no mejora tras tratamiento antibiótico. Además un episodio de hemoptisis autolimitada. **PACIENTES Y MÉTODO:** Hemodinámicamente estable. Eupneico. Afebril. No ingurgitación yugular. Adenopatía laterocervical derecha. No bocio. Orofaringe hiperémica. Resto normal. Analítica: 14.9 leucocitos/mm³ (91.9% segmentados y 8.3% linfocitos). Hb 11.2 g/dl. Resto normal. Cultivo de esputo: flora comensal. BAAR negativo. Hemocultivos negativos. Ag Legionella y Neumococo en orina negativos. Urocultivo negativo. Serologías: Sífilis, Toxoplasma, Brucella, Fiebre Q, Bartonella, Lyme y VIH negativos. Infección pasada para VEB, CMV y Mycoplasma Pneumoniae. Rx tórax: derrame pleural izquierdo. No condensaciones. Imagen paracardíaca derecha mal definida. TAC toraco-abdominal: gran absceso retrofaríngeo bilateral que se continúa por mediastino, retrotraqueal, llegando a los recesos pulmonares, de forma bilateral colocándose retroaorta, retrocarinal y de aurícula con colección a nivel para cardíaco derecho. Engrosamiento pleural basal derecho. ETT: VCI colapsada. Mínima lámina de derrame pericárdico. Resto normal. Reinterrogando a la paciente refiere atragantamiento con espina de pescado hacía un mes y desde entonces presentaba odinofagia de intensidad creciente. La paciente es valorada por ORL y Cirugía Torácica que deciden intervención quirúrgica (toracotomía anterior+drenaje faringe posterior) sin complicaciones durante el postoperatorio. Posteriormente reaccide por fiebre elevada y astenia intensa detectándose anemia decidiéndose nuevo ingreso para antibioterapia endovenosa, transfusión sanguínea y realización de nuevo TAC torácico que objetiva derrame pleural derecho en relación con empiema y atelectasia. Se decide punción guiada + drenaje con buena evolución clínica. Cultivo líquido pleural: se aísla Enterococcus Rafinossus, Enterococcus Faecium y Rothia mucilaginosa. **RESULTADOS:** Absceso retrofaríngeo de gran tamaño bilateral con extensión a mediastino y seno costo-vertebral. Mediastinitis necrotizante descendente con foco orofaríngeo. Empiema pleural derecho secundario a mediastinitis.

CONCLUSIONES:

Este es un ejemplo de cómo un proceso banal puede complicarse hasta comprometer seriamente la vida de un paciente. En este caso, ante la ausencia de mejoría con antibioterapia empírica debemos descartar una posible complicación o incluso plantearnos el diagnóstico inicial.

P-1647

NEUTROPENIA POR PALIPERIDONA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Alborch Ferris, MA Saadi, M Andrés Company, M^aV Chisvert Mateu

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia

PALABRAS CLAVE: paliperidona-neutropenia-fever

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 54 años remitido desde atención primaria por dolor centrotorácico no irradiado, que se modifica con los cambios posturales, sin cortejo vegetativo ni disnea, de 12 horas de evolución. Se objetivó pico febril de 38.2°C. > AP: Hepatitis Crónica VHC curada. Hepatocarcinoma intervenido (hepatectomía parcial), libre de enfermedad. Ex-enolismo. Trastorno adaptativo. Tratamiento: Pregabalina 150mg, Paliperidona 3 mg, Desvenlafaxina 100 mg > Exploración física: Tensión Arterial 94/63 mmHg, Temperatura 37,2°C, Frecuencia Cardíaca 79lpm, Saturación O2 aire ambiente 94%. Buen estado general. Eupneico en reposo. Auscultación cardio-respiratoria: adecuada ventilación, tonos rítmicos. Dolor a la palpación de hemitórax izquierdo que aumenta con la flexión del tronco y la inspiración profunda. > Pruebas complementarias: ECG: RS a 75lpm, sin signos isquémicos. Rx tórax normal. Hemograma: leucocitos 2,92, 7,7% granulocitos, Hgb 12,9, Hematíes 4,11, Plaquetas 10,000. Bioquímica: GOT14, GPT9, CK68, Troponina 5,7, PCR33, Procalcitonina 0,08 > Evolución: Fue enfocado como dolor de pleurítico compatible con Pericarditis en un paciente con neutropenia moderada febril y plaquetopenia de origen multifactorial. Se recogieron hemocultivos y urinocultivo, se administraron fluidos y se inició antibioterapia con Cefepime. Revisando su medicación, se observó riesgo de neutropenia con Paliperidona, que se suspendió. Ingresó en Medicina Interna donde se realizaron Ecocardiografía y angioTAC, normales. Se inició tratamiento con G-CSF, con normalización de neutrófilos, permaneciendo el paciente apirético y con cultivos negativos. El dolor cedió con antiinflamatorios. Actualmente estable, sin nuevos episodios de dolor ni neutropenia en los controles.

CONCLUSIONES:

Este caso nos recuerda la necesidad de revisar los tratamientos activos de los pacientes que vemos en urgencias con el fin de poder establecer una posible relación entre la clínica que presentan y posibles efectos adversos de medicamentos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1650

DISNEA Y DOLOR TORÁCICO EN GESTANTE

S Sánchez Soler (1), MI Arjona López (2), J Nicolás Gálvez (1),
M Cascales Sánchez (1), JJ Vives Hernández (3),
IM Reina Nicolás (1), P Povzun Nazarenko (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

(2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

(3) Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Murcia

PALABRAS CLAVE: chest pain-pulmonary infarction-pregnancy

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: Fumadora de 4-5 cig/día, gestante de 17 semanas G1POA0. Enfermedad actual: Mujer de 32 años que acude por segunda vez a urgencias generales por disnea de reposo y dolor torácico de características pleuríticas desde hace dos días. El dolor empeora con el decúbito. Asocia febrícula de 37.5°C. Ha consultado con su MFYC y matrona que le pautaron reposo y calor local. También acudió a urgencias de ginecología donde se descartó patología obstétrica urgente, y a urgencias generales hace unas horas donde se le administro analgesia y se asoció a amoxicilina-clavulanico. La paciente refiere viaje en coche de varias horas de duración hace unos días, con descansos cada 2 horas. Exp. Física: Afebril, TA:102/59, FR 16rpm, SatO2 97%. AC, rítmico sin soplos, AP: Hipoventilación pulmón derecho, abdomen anodino. Dolor a la palpación de la región interescapular y hemitorax derecho. Se observa variz en la región posterior del muslo izquierdo y arañas vasculares en muslo derecho, no signos de TVP. Pruebas complementarias: -Hemograma: 15370 leucocitos con 80.8% neutrófilos. Dímero D 478. Bioquímica, coagulación, gasometría arterial y resto hemograma normal. -Rx torax: sin infiltrados neumónicos. -ECG: Ritmo sinusal a 93lpm, T negativas en DIII y V1 -Ecodoppler MMII: sin signos de TVP. Evolución: La paciente es hospitalizada, allí se observa que presenta hemograma con HB 9.9 (previa 12.6) y leucos 10530. Se solicita ecocardiografía con resultado de normalidad y ante la persistencia de clínica se realiza un angioTAC torácico donde se observa un infiltrado atelectásico triangular subpleural basal medial derecho de 3 cm, siendo la conclusión del angiotac, infiltrado atelectásico con reacción pleural basal derecho. Se inicia tratamiento con anticoagulantes (HBPM) y antibióticos con mejoría clínica y recibe alta hospitalaria. Juicio Clínico: Infarto pulmonar atelectásico en gestante de 17 semanas.

CONCLUSIONES:

Los síntomas frecuentes del infarto pulmonar son disnea, tos, dolor torácico y hemoptisis. El dolor torácico pleurítico es el más frecuente. Hace falta un nivel elevado de sospecha clínica porque diversos diagnósticos pueden producir síntomas similares, los hallazgos inespecíficos pueden atribuirse muchas veces a una enfermedad subyacente o a otro diagnóstico no relacionado. La inmovilidad y la gestación pueden ser factores de riesgo para que se desencadene.

P-1653

EN BUSCA DEL TROMBO PERDIDO

S Casarrubios Elez, S Casarrubios Elez, M Flores Hernán,
P Morocho Malho, M Hércules Carvajal de Paz, C Viceira Martín,
T Begoña Fernández

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: síncope-embolia pulmonar-trombectomía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 53 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias tras sufrir síncope con pérdida de conocimiento de 5 minutos de duración acompañado de sudoración profusa, palidez y disnea. Previo a ello, episodio de mareo con inestabilidad. Sin convulsiones, sin dolor torácico ni semiología infecciosa. Cuenta, los 11 días previos, cuadro de infección respiratoria con hemoptisis y disnea tratado por su Médico con antibióticos orales. Desde entonces persistencia de disnea. A su llegada a Urgencias, mal estado general, taquicárdico, palidez cutánea, sudoroso, taquipneico con importante trabajo respiratorio y saturación basal de 89%. A la auscultación, taquicardia sin soplos con hipoventilación generalizada y crepitantes en base derecha. Se solicita analítica donde destaca gasometría arterial con insuficiencia respiratoria parcial severa, D-dímero elevado por lo que se solicita AngioTAC que informan como TEP bilateral masivo, infartos pulmonares y aumento de cavidades derechas. En ecocardiograma transtorácico se confirma disfunción del VD con imágenes móviles hiperecogénicas compatibles con material trombotico en AD. El paciente fue diagnosticado de TEP bilateral masivo por lo que se ingresó en UVI para tratamiento anticoagulante con heparina sódica. Tras empeoramiento de la función del VD y la ausencia, en un segundo ETT, del trombo en cavidades cardíacas, se realiza trombectomía con buena evolución y estabilidad hemodinámica.

CONCLUSIONES:

El TEP se produce por la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un émbolo procedente, en la mayoría de los casos, del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores y en menor frecuencia de las pélvicas. Es la 3ª causa de muerte en hospitales. Mortalidad del 30% sin tratamiento. La complicación más grave del TEP, a largo plazo, es la hipertensión pulmonar. La clínica suele ser súbita, tos, disnea, dolor torácico, síncope. Para su diagnóstico se realiza cuantificación del D-dímero y como Gold Standard la Arteriografía. Las opciones terapéuticas van en función de la clínica y afectación encontrando entre ellas, la anticoagulación, trombolisis (en casos de TEP masivo con inestabilidad), trombectomía (cuando la trombolisis no resulta eficaz o existe alguna contraindicación para trombolisis).



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1654

¿QUÉ SOSPECHAR ANTE UN VIAJERO CON ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA?

M Calonge Sabatés, A Alberich Conesa, J Lema Alba, T Brito Vélez, A Cabanelas Barranco, M Almendros Rivas

Hospital de Palamós. Girona

PALABRAS CLAVE: disminución del nivel de conciencia-fiebre-malaria

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 64 años de edad sin alergias medicamentosas, fumador activo y consumidor ocasional de marihuana, sin antecedentes patológicos de interés ni tratamiento habitual. Ingresó en UCIAS por cuadro de disminución del nivel de conciencia y rigidez en EESS. Regreso de un viaje a Camerún una semana antes sin completar tratamiento profiláctico antipalúdico. A la exploración física destacaba mal estado general, afebril, taquipneico con secreciones bronquiales abundantes, Glasgow de 10 con mirada desviada a la derecha, rigidez de EESS y cervical. Roncus diseminados ambos hemitórax y taquicardia rítmica sin signos de fallo cardíaco. A nivel analítico se detectó leucocitosis con plaquetopenia, elevación de reactantes de fase aguda (PCR y lactato) e hiponatremia con hiperbilirrubinemia. Rx tórax y ECG sin alteraciones. Drogas de abuso en orina TAC Craneal que muestra dudosas áreas hipodensas tanto en tálamo izquierdo como a nivel mesencefálico. No se realiza punción lumbar por plaquetopenia. Se realizan hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, corticoides ev y broncodilatadores, precisando oxígeno altos flujos. Por el antecedente de viaje reciente a países endémicos de paludismo, se solicita antígeno de malaria que confirma la sospecha diagnóstica de Malaria por *Plasmodium falciparum*. Se añade al tratamiento doxiciclina al no disponer en nuestro hospital de antipalúdicos para vía endovenosa. El paciente presenta una evolución desfavorable con empeoramiento del Glasgow y distrés respiratorio que requiere intubación orotraqueal y traslado a UCI de Hospital de tercer nivel.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con clínica neurológica grave se ha de descartar lesiones agudas cerebrales (isquemia o hemorragia cerebral), lesiones tumorales o cuadros infecciosos. Dado el antecedente de viaje a zonas endémicas de enfermedades tropicales y la falta de quimioprofilaxis adecuada se orientó el caso clínico como probable Malaria cerebral. El paludismo grave por *Plasmodium falciparum* es una causa importante de mortalidad en zonas endémicas, la prevención de picaduras y la quimioprofilaxis de los viajeros a estas zonas es la mejor forma de evitar el contagio.

P-1655

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ÉMBOLOS SÉPTICOS PULMONARES SIN FOCO CONOCIDO

H Mendes Moreira, C Corugedo Ovies, R Sánchez Rodríguez, D Henriques Gil, E Cano Cabo, M Cordero Cervantes, M García Estrada

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: nódulos pulmonares múltiples-leucocitosis-síndrome de Lemierre

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 30 años, fumadora y con antecedentes de faringoamigdalitis de repetición, que acude a Urgencias por clínica de dolor costal e intercostal y Malestar general de 4 días de evolución. Había acudido hace unos días, presentado faringoamigdalitis pultácea, tratada con Augmentine, pero no presentó mejoría de malestar general. Exploración física anodina, pero leucocitosis marcada (35.000), hipotensión mantenida y radiografía tórax compatible con posibles émbolos sépticos. Tras realización de AngioTC pulmonar urgente (confirmando imágenes nodulares, con burbujas de aire, bilaterales, se descarta TEPA) y ETT (normal), se mantiene importante disociación clínico-radiológica, y se decide ingreso en Neumología para filiar origen de dichos hallazgos y tratamiento antibiótico IV (Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina). Durante su estancia hospitalaria, urinocultivos, hemocultivos y virus respiratorios negativos, sin embargo, al 5º día de ingreso asocia derrame pleural derecho con atelectasia asociada, de aspecto multiloculado e importante cavitación central de los nódulos pulmonares, sin signos de patología abdominal. El análisis del líquido pleural resulta benigno, sin datos reseñables ni analíticos ni en cultivo. Se realiza nueva Ecocardiografía, esta vez Trans-Esofágica que también resulta normal. Mejoría al 10º día del ingreso de las lesiones pero persistencia de derrame pleural (se cambia Vancomicina por Linezolid). Tras el alta, revisión a los 15 días con mejoría de derrames pleurales y de situación clínica de la paciente.

CONCLUSIONES:

El presente caso, a parte de hacer referencia a un cuadro clínico atípico, sirve para intentar introducir un síndrome infrecuente pero que hay que tener presente ya que su incidencia está actualmente en aumento. Tras revisar el caso de esta paciente y valorando su evolución posterior al alta, se piensa que éste pudo corresponder a un síndrome de Lemierre, un cuadro de sepsis postangina, con una tríada sintomática típica: Bacteriemia, émbolos sépticos y tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (el signo más característico y el único que no ha presentado nuestra paciente, se piensa que por la administración previa de Augmentine que pudo haber coartado dicha evolución natural). Dicho aumento de la frecuencia se piensa que se debe a la disminución del uso de Beta-lactámicos en el tratamiento de las faringitis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1656

ALTERACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTE SIN ENFERMEDADES

L Alli Alonso, JL Cepeda Blanco, A Casal Calvo, MP Carlos González,
N Santos Méndez, V Acosta Ramón, M Elsayed Soheim

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: VIH-inmunodepresión-toxoplasmosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 33 años que acude a Urgencias porque según refiere padece cuadro de una semana de evolución de fiebre de máximo 42°C y odinofagia de intensidad progresiva. Sus acompañantes, que conviven con él, le notan un comportamiento diferente desde que volvieron de viaje hace 4 días. En su ausencia el paciente refiere no haber salido de casa y apenas comer debido al dolor y malestar general. No ha tomado analgésicos ni antibióticos. No tiene antecedentes de interés ni tratamientos habituales. Manifiesta consumo diario de 10 cigarrillos/día y alguna cerveza semanal. Exploración física: Tª 39.1°C, FC 64lpm, TA 103/66, Saturación 98%. Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar y abdominal normal. Orofaringe hiperémica con mayor inflamación de región de amígdala derecha, sin exudados. Neurológico: alerta, desorientado en tiempo y espacio. Bradipsiquia e inatención. Lenguaje normal. PICNR. Estrabismo convergente ojo derecho ya conocido. Fuerza 4/5 en extremidades derechas. No alteración sensitiva. Dismetría prueba dedo-nariz y descomposición talón-rodilla derecha. Marcha con aumento de la base de sustentación, muy inestable. Signos meníngeos negativos. Pruebas complementarias: 4.200 leucocitos con linfopenia. Resto (hemograma, bioquímica, pruebas hepáticas, coagulación) normales. Orina: se aíslan metanfetaminas, sin datos de otras drogas. Se pide TAC craneal y se objetivan varias lesiones hipodensas subcorticales en región frontal derecha, parietooccipital izquierda y ganglios basales izquierdos, con realce anular tras administrar contraste y efecto masa sobre la línea media. Se completa el estudio con RMN craneal: múltiples lesiones intraparenquimatosas radiológicamente compatibles con abscesos cerebrales. Microbiología: T.Gondii IgG+ IgM-, Citomegalovirus IgG+ IgM-, VEB IgG+ IgM-, VHS ½ IgG+ IgM-, T.Pallidum-, VIH+ con carga viral 294.000copias/ml. Evolución: tras una semana de antibioticoterapia endovenosa empírica, el paciente permanece sin cambios de estado neurológico, con alteración conductual y de la marcha.

CONCLUSIONES:

Los resultados analíticos (linfopenia con VIH+) y las lesiones cerebrales sugieren en el contexto de inmunodepresión del paciente una infección oportunista por toxoplasma. El paciente refiere antecedentes de relaciones sexuales de riesgo (incluyendo una no consentida), sin pruebas de determinación de ETS hasta ahora. Esto explica la escasa mejoría ante el tratamiento ATB empírico inicial, y permite con todos los datos realizar ya una praxis adecuada.

P-1657

SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR EN PACIENTE
CON LINFOMA DE CÉLULAS B INCLASIFICABLE

G Díaz Polanco, PI Ramírez Cabello, J da Mata Nunes,
GY Quispe Figueroa, F Fernández Salgado

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: síndrome de la vena cava superior-linfoma-masa mediastínica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 23 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés, acude a urgencias por disnea de 2-3 semanas de evolución, progresiva hasta hacerse de reposo. Sintomatología acompañante: tos con expectoración verdosa, bultomas en área supraclavicular y latero cervical en la última semana, edema facial, edemas en tobillos y zona distal de piernas hace 2-3 días, no otras molestias. EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión arterial:130/85 mmHg, Temperatura:36.8-C, frecuencia cardíaca :120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria:32 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 87% con gafas nasales a 4 litros por minuto. Consciente y orientado, Glasgow 15, taquipnea al reposo, ortopnea, edema facial, adenopatías supraclaviculares y latero cervicales bilaterales, predominio derecho. Ingurgitación yugular a 45 grados sólo en el lado derecho del cuello. Auscultación cardíaca: rítmica taquicárdica, sin soplos ni extratonos. Distensión de venas torácicas. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en ambos hemitórax, a predominio izquierdo. Extremidades inferiores: edemas con fovea en dorso de pies y tercio distal de piernas. Hemograma: Leucocitos 21480 (89%segmentados, linfocitos 9%, monocitos 2%, eosinófilos y basófilos 0%). Bioquímica: Proteína C reactiva(PCR): 87.9, beta gonadotropina coriónica humana (beta HCG) lt, 0.1. Coagulación: Dímero D: 1.47*. Gasometría arterial: pH Arterial * 7.46, pCO2 35.4 mmHg, O2* 56 mmHg, SatO2* 88.4%. ECG: taquicardia sinusal 150 lpm, bajo voltaje generalizado. Radiografía de tórax PA y lateral: opacidad del hemitórax izquierdo con desviación de mediastino hacia la derecha, incluida la silueta cardíaca, con compresión de la tráquea, sugestiva de masa. Tomografía axial computarizada (TAC) cervicotoracoabdominal: masa mediastínica y derrame pleural izquierdo masivo, con inversión diafragmática y conglomerados adenopáticos en región cervical y mediastínica. Colapso del pulmón izquierdo y pérdida de volumen del pulmón derecho. En urgencias realizamos toracocentesis diagnóstica (exudado) con extracción de 1250 cc de líquido. Iniciamos antibioticoterapia con ceftriaxona 2 g/24 horas, realizamos biopsia aspiración con aguja gruesa de ganglio supraclavicular ante la sospecha de Linfoma. JUICIO CLÍNICO: Síndrome de vena cava superior (SVCS) en paciente con Linfoma de células B inclasificable.

CONCLUSIONES:

El SVCS constituye una urgencia vital, es una afectación poco común, de ahí la importancia de su diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento adecuado, de acuerdo a la causa subyacente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1660

TROMBOSIS PORTAL EN PACIENTE CON HEPATOPATÍA CRÓNICA

Jl Collado Álvarez, S Bellón Vallinot, SS Mendoza Lizardo,
M Chichón Sánchez, S Tabares Rodríguez, C Fuentes Santos,
M Bermejo Olano

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: sobrecarga de hierro-cirrosis hepática-trombosis de la vena

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 31 años, fumador de 10 cigarrillos/día con antecedente de anemia disritropoyética congénita tipo uno en tratamiento desde mayo de 2013 con quelante del hierro. En revisiones posteriores, con resonancia magnética (RM) abdominal, se observan datos de sobrecarga muy grave de hierro a nivel hepático con riesgo de repercusión orgánica por lo que se aumenta progresivamente la dosis de quelante hasta 3000 mg/día. No obstante, el paciente no toma adecuadamente su tratamiento por lo que persiste la acumulación progresiva de hierro presentando en la última RM de febrero de 2016, 235 micromolesFe/g con niveles de ferritina en torno a 1500 ng/ml. El paciente acude por primera vez a urgencias por dolor abdominal de tipo cólico de dos días de evolución que se inició en epigastrio irradiándose posteriormente a ambas fosas renales y a mesogastrio y que aumentaba con la ingesta y disminuía levemente con el reposo sin fiebre ni otra clínica acompañante. A la exploración constantes mantenidas con mayor dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Analíticamente, leve aumento de GTP y GOT (GOT/GPT<2) siendo la amilasa, otros reactantes de fase aguda y el sistemático de orina normales. Se realiza ecografía abdominal con presencia de signos de hepatopatía crónica ya conocida. Se controla el dolor con dextetoprofeno, metamizol y tramadol y el paciente solicita el alta. Veinticuatro horas después el paciente acude a urgencias por nuevo episodio similar de dolor epigástrico intenso con importante repercusión clínica con constantes mantenidas. En analítica, leve aumento de GOT y GTP respecto a previas. El dolor se controla con petidina y se realiza una tomografía computerizada (TC) abdominal que muestra trombosis de la vena porta derecha, probablemente en estadio crónico por lo que se inicia anticoagulación con mejoría clínica y se ingresa para control clínico y estudio de trombofilias.

CONCLUSIONES:

La trombosis portal es una de las posibles causas de dolor abdominal en pacientes con hepatopatía crónica y estados protrombóticos y, aunque ante un dolor abdominal similar al causado por esta patología la primera prueba de imagen sería la ecografía abdominal, si la sospecha es alta estaría indicado la realización de un TC abdominal.

P-1661

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA A CATÉTER. UN MAL SITIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J Zieleniewski Centenero, P Pérez Martínez, D Peñalver Espinosa,
MP Cánovas Sánchez, P Llor Zaragoza, M Rodríguez Romero

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: upper extremity deep vein thrombosis-emergency-cardiac pacemaker

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 84 años natural de Alemania sin hábitos tóxicos con antecedentes de hiperuricemia, hipotiroidismo, artritis reumatoide. Hace 1 mes presentó un episodio de asistolia de 20 segundos reanimada en domicilio, implantándose marcapasos en Alemania. En tratamiento con alopurinol, L-tiroxina, prednisolona. Acude a urgencias presentando edema, dolor, aumento de perímetro y temperatura progresivos en miembro superior derecho de 4 días de evolución. Refiere haber estado realizando esfuerzo físico intenso el día antes. No refiere fiebre ni disnea ni trauma. Exploración física: Buen estado general. TA 132/81 mmHg, Tª 36,2°C, Auscultación cardiopulmonar normal sin soplos ni rones, sin roncus ni sibilantes. Miembro superior derecho presenta edema desde la raíz hasta el antebrazo con enrojecimiento, aumento de la temperatura y dolor a la palpación. Pulso radial conservado. La analítica muestra un dímero D de 7066 ng/ml. Ante la sospecha de TVP del miembro superior derecho se solicitó una ECO Doppler. En la Ecografía se objetivaron hallazgos compatibles con trombosis venosa profunda en vena cava, subclavia, axilar, braquiales y basilica del brazo derecho. Ante estos hallazgos decidió ingreso con anticoagulación con enoxaparina a dosis mg/kg/12h y solicitamos una radiografía de tórax para descartar una causa tumoral. En la radiografía se observó una posición anómala del extremo del catéter solicitándose un TC toraco-abdominal que mostró el extremo del catéter de marcapasos del VD, había atravesado la pared ventricular, el diafragma y se encontraba intraabdominal. A pesar de ello no había derrame pericárdico ni otros datos complicación.

CONCLUSIONES:

Las trombosis de MMSS son una minoría, siendo la causa más frecuente, entre un 70-80%, las presencia de catéteres intravenosos que producen alteraciones endoteliales que desencadenan TVP. La posición del catéter en este caso podía implicar complicaciones graves. Se derivó a cirugía cardiovascular que tras 4 días de anticoagulación realizó ecocardiograma de control siendo normal sin presentar derrame pericárdico. Descartándose complicaciones debidas al mal posicionamiento del electrodo se decidió alta con tratamiento anticoagulante y control en su Hospital de Referencia en Alemania. Por tanto en TVP de MMSS debemos pensar en catéteres como causa fundamental y valorar las posibles contraindicaciones de la terapia anticoagulante.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1662

DISNEA EN VARÓN DE 16 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J Zieleniewski Centenero, P Pérez Martínez, D Peñalver Espinosa,
MP Cánovas Sánchez, P Llor Zaragoza, M Rodríguez Romero

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: pneumothorax-emergency-dyspnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 16 años, sin antecedentes de interés, que acude por disnea de comienzo indolente el día anterior cuando entrenaba y que ha ido progresando hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Refiere además un leve dolor punzante en hemitórax derecho en la línea axilar media a nivel de 7-10 costillas, el dolor aumenta con la inspiración, y con el decúbito, no aumenta con los movimientos. No refiere pródomos ni fiebre ni clínica infecciosa ni otra sintomatología en la anamnesis por aparatos. Exploración física: Buen estado general. Tª 37°C. Saturación de oxígeno al 94% respirando aire ambiente. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar abolición del MV en todo el campo derecho. Ante la sospecha de Broncoespasmo vs Neumotórax, se inicio tratamiento con nebulizaciones de salbutamol Bromuro de ipratropio y oxígeno a alto flujo además de metilprednisolona, a la espera de radiografía de tórax. En la radiografía de tórax se objetivo neumotórax derecho masivo, con leve desplazamiento de la traquea hacia la izquierda. Ante estos hallazgos se contacto con cirujano de guardia que decidió colocación de tubo de drenaje torácico.

CONCLUSIONES:

La clínica de un neumotórax masivo en pacientes con un estado de salud excelente como la del paciente en cuestión, puede no servirnos de ayuda para el diagnóstico. La descompensación de este tipo de pacientes hacia un neumotórax a tensión puede ser súbita entrañando una emergencia médica que requiere drenaje inmediato para evitar un shock hemodinámico. En este caso se requirió la colocación de un drenaje de urgencias pero en los casos en los que el neumotórax es de menor tamaño y existe estabilidad clínica y hemodinámica se prefiere tratamiento conservador. Es por tanto fundamental realizar una buena semiología para reconocer un posible neumotórax y saber actuar correctamente ante los distintos tipos.

P-1674

UNA CONGESTIÓN NASAL QUE ACABA EN EL QUIRÓFANO

R Sánchez Rodríguez, C Corugedo Ovies, EM Cano Cabo,
HM Mendes Moreira, EM Prieto Piquero, R Cenjor Martín,
C Movilla Jiménez

Área sanitaria IV. Oviedo

PALABRAS CLAVE: otitis-mastoiditis-neumoencéfalo

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 65 años, sin alergias conocidas, hábitos tóxicos, intervenciones quirúrgicas ni antecedentes médicos de interés salvo infecciones de vías aéreas altas frecuentes. Solicita ser vista en su domicilio por los servicios de emergencias por fiebre, mal estado general y otalgia izquierda. En los 10 días previos, refiere sensación de congestión nasal y odinofagia, autotratada con Paracetamol/Codeína, con leve mejoría. A la llegada del SAMU, se encuentra estuporosa, respondiendo a órdenes verbales, Temperatura de 39°C, Saturación O2 92%, Frecuencia cardiaca de 115lxs, PA: 150/70, en la auscultación disminución de MVC, abdomen blando y doloroso a la palpación de hipogastrio, otoscopia izquierda con eritema en CAE y peritimpánico con perforación timpánica y rigidez cervical, por lo que se deriva al centro hospitalario. Se completan estudios, donde se objetiva leucocitosis de 14000 con desviación izquierda y una Proteína C reactiva de 236. En TC craneal se observa un neumoencéfalo en región del peñasco izquierdo coincidiendo con ocupación de la mastoides-peñasco y oído medio y ocupación de todos los senos. Se decide intervención quirúrgica de urgencia a cargo de neurocirugía para realizar una mastoidectomía, antrostomía y drenaje peritimpánico. Previamente a la intervención, baja el nivel de consciencia a Glasgow 8 por lo que se decide intubación orotraqueal y se administra antibioterapia empírica con Ceftriaxona 2gr, Ampicilina 1gr y Vancomicina 1gr. En estudios postoperatorios, se objetiva también una meningitis por S. pneumoniae. Actualmente, la paciente evoluciona favorablemente y no presenta focalidad neurológica.

CONCLUSIONES:

Una congestión nasal que hace una sinusitis puede tener importantes complicaciones que comprometan la vida del paciente debido a las comunicaciones internas entre las partes del cráneo. En nuestro caso, la paciente presentó una otitis media en el contexto de una sinusitis que se complicó con una mastoiditis que a su vez se perforó dando un neumoencéfalo y una meningitis bacteriana. Ante una otalgia de mala evolución, debemos descartar mastoiditis como primera complicación y una meningitis si observamos focalidad neurológica, por su frecuencia y gravedad.



CASOS CLÍNICOS

P-1675

NEOPLASIA OCULTA

A Blanco García, P López Tens, D Fernández Torre, M Guerra Hernández, E Lino Montenegro, A Robles Amieva, D López Fernández

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: trombosis venosa profunda-protocolo TVP-angiosarcoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa profunda es una patología que puede ser diagnosticada de forma no invasiva a través de protocolos combinando la clínica, los criterios de estratificación Wells, el Dímero D y la ecografía venosa. Es necesario seguir los protocolos establecidos ya que en ocasiones una alta sospecha clínica y analítica de patología vascular pueden llevarnos a otros diagnósticos más complejos. **OBJETIVOS:** 1.- Trombosis venosas profundas no confirmadas. 2.- Protocolo TVP. 3.- Dímero D elevado. **MATERIAL:** Varón, 74 años, acude a Urgencias por dolor en 1/3 distal + edema de extremidad inferior derecha, de días de evolución. Antecedentes: HTA, dislipemia, EPOC, aneurisma de aorta abdominal con implantación de endoprótesis, bypass femoro-poplíteo 3º porción en extremidad inferior derecha. Tratamientos: Simvastatina, Enalapril, Omeprazol, Adiro, Fluticasona-Vilanterol. Exploración: buen estado general, consciente, orientado, TA 160/90, frecuencia cardíaca 80lpm. Sat O2 94%. Tª 36,5°C. ACP: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. EIDcha: edema, empastamiento, calor, desde zona poplíteo hasta 1/3 medio tibial. Resto de exploración normal. Escala Wells: 1punto (probabilidad intermedia de TVP). **RESULTADOS:** Analítica: Bioquímica normal. Hemograma: 12900leucocitos con fórmula normal. Hb 12,7g/dL. Hto 40%. Plaquetas 298000. Dímero D 15601 ng/mL ECO doppler: no signos de TVP. Aneurisma poplíteo trombosado. TAC extremidades inferiores: tumoración primaria de partes blandas muslo derecho. Anatomía patológica: Angiosarcoma grado 3 del NCI, de la arteria poplíteo. Juicio diagnóstico: Angiosarcoma poplíteo.

CONCLUSIONES:

Según protocolos de diagnóstico de TVP, ante sospecha de TVP distal no confirmada (probabilidad clínica alta y dímero D alto con ECO negativa, como nuestro caso), se debe repetir la ECO en 7 días. Se pausó heparina de bajo peso molecular. El paciente reanudó para realizar la ECO de control presentando hipotensión y gran hematoma a nivel del distal de EIDcha realizándose TAC de extremidades inferiores ante la clínica (sospecha de sangrado), las imágenes sospechosas en la ECO, además del alto Dímero D (elevado en TVP, cancer, cirugía mayor). Los angiosarcomas, neoplasias raras y agresivas, pueden ocurrir en cualquier arteria, siendo la aorta y la arteria poplíteo las más afectadas. Muy relacionados con los aneurismas arteriales. La supervivencia de 5-23 meses por su tardío diagnóstico, generalmente en quirófano por biopsia. De ahí la importancia de cumplir los protocolos y reevaluar al paciente.

P-1676

UNA TOS QUE NO VEAS

R Sánchez Rodríguez, C Corugedo Ovies, EM Cano Cabo, HM Mendes Moreira, EM Prieto Piquero, ML García Estrada, C Movilla Jiménez

Área sanitaria IV. Oviedo

PALABRAS CLAVE: estenosis carotídea-obstrucción arteria central de la retina-ceguera

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 70 años, HTA, Dislipemia y Diabetes mellitus 2, fumador de 15 cigarrillos diarios, bebedor social. Antecedente de angina inestable y estenosis bilateral de carótida del 50%. A tratamiento con AAS 100, Atorvastatina 40, enalapril 5 y furosemida 40. Refiere que dos días antes de la consulta en el SUH, comenzó con ceguera completa del ojo derecho. Niega dolor o prurito, fotopsias o midesopsias y traumatismos. Refiere que la instauración de la ceguera fue súbita tras un ataque de tos al atragantarse durante la comida, sin mejoría posterior. En la exploración el paciente presenta buena frecuencia y saturación, PA 147/93, pares craneales respetados así como sensibilidad y fuerza en vías largas. ACP con RscsRs y MVC sin ruidos sobreañadidos. En la exploración oftalmológica, no presenta hemorragias en globo ocular, pupilas isocóricas y normorreactivas, agudeza visual de 0.8 en ojo izquierdo y de 0.0 en ojo derecho. En la lámpara de hendidura no se aprecian lesiones corneales bajo tinción. El fondo de ojo presentaba palidez en la retina, de aspecto blancoamarillento excepto en mácula, ligeramente más pigmentada. Papila con buenos bordes y coloración. Vascularización con diámetro levemente disminuido de manera generalizada.

CONCLUSIONES:

Estamos ante un paciente de alto riesgo cardiovascular con una obstrucción bilateral de carótida de hasta el 50%, en el cual, tras un episodio de tos tras atragantamiento, al aumentarse la presión arterial, se ha desprendido un émbolo desde la carótida, provocando una obstrucción de la arteria central de la retina. Al paciente se le derivó para completar estudios con Neurología, donde no objetivaron nuevas lesiones cerebrales y en el eco-doppler se apreció un aumento de la obstrucción bilateral, sin decidirse estrategias más agresivas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1677

DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE URGENCIAS:
PARÁLISIS RECURRENCIAL IZQUIERDA

C Celada Roldán (1), C García Balsalobre (2), JF García García (3), M González (4), MJ Mendoza Darcy (3), L Muñoz Alonso (3), M Rodríguez Alonso (3)

(1) C. S. Los Dolores. (2) C. S. San Antón. (3) C. S. Cartagena Este. (4) C. S. El Algar. Murcia

PALABRAS CLAVE: odinofagia-adenopatía-cáncer de pulmón

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 49 años, fumador de 30 paquetes/año, sin historia enfermedades relevantes, que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por cuadro de odinofagia, cuadro constitucional con pérdida de peso (8 kg) en 3 meses y poliartalgias. Niega otros síntomas por aparatos. A la exploración física destacar faringe hiperémica con 3 adenopatías a nivel latero cervical izquierdo de menos de 1 cm. Se pauta tratamiento sintomático con corticoide y se solicita radiografía torácica (aumento de mediastino) y analítica de control (Amilasa 22, LDH 732, Hb 11.4 Leucocitos 16590 Plaquetas 290000, resto dentro de la normalidad) para descartar proceso vírico/bacteriano concomitante. Dado el empeoramiento de los síntomas junto a inicio de disfonía sin tos ni disnea asociada, el paciente acude a Urgencias. Tras la exploración física y ante la sospecha de proceso invasivo que provoca la parálisis recurrenial izquierda, se realiza interconsulta preferente a neumología con solicitud de TAC cervico torácico que supone el diagnóstico: Carcinoma microcítico T4N-3M1b, TEP bilateral con infartos pulmonares en LII y LSD por lo que se localiza al paciente vía telefónica para ingreso. Actualmente, pendiente de broncoscopia y anatomía patológica para filiación tumoral, en tratamiento con clexane a dosis anticoagulante hospitalariamente. Diagnóstico diferencial: Neuritis. Absceso bacteriano. Silicosis. Sarcoidosis. Tiroiditis de Riedel. Neoplasias cervicales y torácicas.

CONCLUSIONES:

Las neoplasias cervicales y torácicas pueden dar lugar a la invasión maligna de los nervios laríngeos recurrentes (NLR), manifestándose como un cuadro de disfonía junto a cuadro constitucional. Las neoplasias primarias a considerar son el carcinoma broncogénico, el carcinoma tiroideo, los tumores malignos del timo, el cáncer de esófago y los tumores neurogénicos. Por lo que desde Urgencias es esencial ante sospecha clínica de cáncer de pulmón (hemoptisis, tos, pérdida de peso, disnea, dolor torácico o de hombro, signos torácicos compatibles, ronquera, acropaquias, adenopatías cervicales o supraclaviculares) realizar una anamnesis exhaustiva, una exploración física completa y solicitar una radiografía de tórax (preferente, en menos de 24 horas) así como una interconsulta preferente a Neumología en aquellos pacientes con alta sospecha de cáncer de pulmón, ya sea clínica o radiológica para poder realizar un diagnóstico precoz y valorar las opciones terapéuticas más óptimas.

P-1678

VARÓN DE 59 AÑOS CON DISNEA Y DOLOR TORÁCICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

MP Blanco Lara, MR Rivas Martínez, P Fajardo Velasco

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: disnea-microlitiasis-enfermedad intersticial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 59 años, alérgico a ibuprofeno, antecedentes de asma, fumador 1 paquete al día, trabaja como pintor, y cuida aves en domicilio. Acude a urgencias por presentar intensa disnea con incremento progresivo, dolor torácico opresivo, tos con expectoración. Afebril. No traumatismo torácico previo. Exploración física: Consciente, normohidratado, cianosis labial, acropaquias. No tiraje, ni uso de musculatura accesoria, afebril, Saturación O₂ 82%, TA: 160/90 mmHg, FC: 90 lpm. AC: tonos rítmicos, AR: murmullo vesicular disminuido, crepitantes secos bibasales hasta campos medios. No edemas. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, coagulación, bioquímica normal. Gasometría arterial: pO₂: 51 mmHg y Sat. O₂: 87%. Radiografía torax: infiltrado bilateral nodulillar con calcificaciones. ECG: ritmos sinusal 70 lpm TAC torax: múltiples micronódulos de densidad calcio, distribución difusa peribronquial y subpleural bilateral, predominio de segmento posteriores y basales, consolidaciones densas. Engrosamiento septos interlobulillares. Calcificaciones lineales subpleurales, presencia de densidad en vidrio deslustrado, patrón en empedrado. Cultivo esputos: negativo Mantoux: negativo. Ecocardiografía: no cardiopatía estructural, FEVI conservada sin afectación valvular. Espirometría: patrón restrictivo: FEV1: 68%, FEV1/FVC: 82. Diagnóstico DIFERENCIAL: Neumonía intersticial (NINE), linfocítica (NIL), descamativa (NID), aguda (NIA), Bronquiolitis respiratoria con Enfermedad Pulmonar Intersticial (BR/EPID), Neumonía organizada criptogénica (NOC), Fibrosis pulmonar idiopática, Neumonitis por hipersensibilidad, Microlitiasis alveolar, Proteínosis alveolar, Sarcoidosis, Tuberculosis miliar, Linfangitis carcinomatosa, Eosinofilia pulmonares, Amiloidosis, Neumoconiosis (asbestosis, silicosis), Alveolitis alérgica extrínseca, Fibrosis asociada a collagenopatías, Fibrosis asociadas a fármacos o radioterapia JUICIO CLÍNICO: Enfermedad intersticial compatible con Microlitiasis alveolar e insuficiencia respiratoria parcial. EVOLUCIÓN: Ingresa en Neumología. Con buena evolución, alta tras estabilización del cuadro, se propone trasplante bipulmonar.

CONCLUSIONES:

La microlitiasis alveolar pulmonar es una enfermedad idiopática, con baja incidencia. Es fundamental que el médico de urgencias la conozca y realice un adecuado diagnóstico diferencial con otras enfermedades intersticiales. Puede presentarse a cualquier edad, predominando en hombres. Es característica la disociación clínico-radiológica, encontrándose imágenes radiográficas con nódulos puntiformes menores de 1 mm con diámetro de densidad cálcica similares a granos de arena diseminados en campos pulmonares (dos tercios inferiores), que puede dar imagen sumatoria en algunas áreas mostrando opacidad en vidrio deslustrado. Se describen múltiples abordajes terapéuticos, siendo el trasplante pulmonar la mejor opción.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1679

HAY UN AMIGO EN MÍ

MM Fernández de Béjar, JI Giménez, LM González Torres,
B de la Villa Zamora, L Monteagudo González, A Ortega Requena,
JJ López Pérez

Hospital Universitario Reina Sofía

PALABRAS CLAVE: lung abscess-chest pain-fever

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 65 años, diabético, dislipémico y fumador, que consulta por dolor torácico tipo pinchazo en hemitórax izquierdo desde hace 2 días, que empeora con los movimientos, acompañado de tos con expectoración clara y picos febriles de un mes de evolución. No cortejo vegetativo. A la exploración: TA 132/77 Temperatura 38, FC 139, SAT: 93%. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Hipoventilación generalizada sin ruidos patológicos. No edemas en miembros. Electrocardiograma y analítica sin hallazgo salvo leucocitosis de 15000. En radiografía de tórax: absceso en lóbulo superior izquierdo con nivel hidroaéreo. El paciente ha sido policía local, niega contacto con tuberculosis y solo tiene contacto con un perro doméstico. Se recogen muestras para cultivo e ingresa en infecciosas con tratamiento empírico. En planta, mala evolución con aumento de disnea secundaria a hidroneumotórax y atelectasia. Se coloca tubo de drenaje torácico (con obtención de muestras para bioquímica y microbiología) e ingresa en UCI. Hasta el momento, las pruebas de microbiología son negativas (el paciente está aun ingresado y en estudio), aunque se sospecha de la presencia de un tumor subyacente que haya podido infectarse y dar lugar al absceso.

CONCLUSIONES:

A la llegada a urgencias, el paciente presenta importante afectación por el dolor, que junto con sus factores de riesgo cardiovascular, nos hace pensar en un evento cardíaco. Sin embargo, ante los hallazgos de las pruebas complementarias e interrogando insistentemente al paciente, termina confesando que presenta cuadro de tos, escalofríos y fiebre desde hace más de un mes acompañado de síndrome constitucional. No ha consultado antes para no preocupar a su familia. Es importante ante un dolor torácico, realizar un diagnóstico diferencial adecuado apoyado sobre una historia clínica completa. Sobre todo, cuando se trata de un dolor torácico atípico. Ante una causa infecciosa, hay que interrogar sobre posibles contactos con animales, tuberculosis o exposición a agentes en el trabajo o en domicilio que puedan desencadenar o influir en la patología.

P-1680

SOÑÉ QUE ME MORDÍA UNA SERPIENTE

V Buitrago Ortiz, A Mecina Gutiérrez, B Basagoiti Carreño,
F Breña Casco

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: tuberculosis-VIH-tromboembolismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 35 años natural de Guinea Ecuatorial, llegada a España hace 3 días. AP de brucelosis en Oct 2015 tratada con prednisona y doxiciclina (revisiones siguientes en Guinea 04/2016: BAAR negativo. Gota gruesa negativa). Valorada en Guinea hacia 4 meses por lesiones en planta del pie y cadera que fueron quemadas sin claro diagnóstico. Acude a Urgencias refiriendo malestar general y pérdida de 10 kg de peso en 9 meses, disnea de esfuerzo, tos con expectoración ocasional y aparición de lesión tumoral nasal similar a las que aparecieron hace meses en EEII. No otra sintomatología. En Urgencias hemodinámicamente estable y afebril. A la exploración destacan adenopatías bilaterales submandibulares y laterocervicales, de consistencia dura, móviles de aprox 0,5 cm de diámetro, no dolorosas. Además lesión exofítica y lobulada en aleta nasal derecha de aproximadamente 3x4 cm, con pápulas sin aparente contenido, de color rojo-violáceo. En MMII lesiones erosivas con costras y lesiones des pigmentadas cicatriciales, en MII aumento de tamaño y temperatura local. En Urgencias se objetiva con eco-doppler trombosis de vena femoral común izquierda e imagen sugerente de tuberculosis pulmonar en RX tórax, solicitándose BAAR en esputo que la confirma, procediéndose a aislamiento respiratorio e ingreso para estudio, solicitándose además serología VIH entre otras, por sospecha de inmunosupresión. En planta de hospitalización, se completa estudio con Tac torácico y se interconsulta a Dermatología por lesiones cutáneas. Se confirma infección por VIH (estadio C2 con 375 CD4 y 41000 CV), sarcoma de Kaposi estadio IV y tuberculosis pulmonar bacilífera. Se inicia tratamiento antirretroviral, tuberculostático y oncológico, siendo dada de alta, siguiendo actualmente revisiones en consultas. Aunque el estudio se completó en Planta de hospitalización, la radiografía de tórax realizada en Urgencias con adecuada interpretación, fue la clave diagnóstica para sospechar la inmunosupresión y el resto de patologías asociadas a la misma.

CONCLUSIONES:

Para el diagnóstico de la tuberculosis es importante la sospecha diagnóstica. Cuando se diagnostique una tuberculosis siempre hay que buscar la causa detrás de ella. Ante la concurrencia de síntomas que no parecen relacionados hay que intentar buscar una causa común, como en este caso una inmunosupresión adquirida.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1681

RECANALIZACIÓN ESPONTÁNEA DE TROMBOSIS BASILAR EN CONTEXTO DE CRISIS HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EPINEFRINA. REPORTE DE UN CASO

M Boksan (1), T Espinosa Oltra (1), M García Aroca (1), MJ Conesa Espejo (1), VM Madrid Ferreiro (1), F Martínez Sandoval (2), P Carreño Tormo (2)

(1) Hospital Santa Lucía. Cartagena. (2) 061 Cartagena. Murcia.

PALABRAS CLAVE: ictus-arteria basilar-recanalización espontánea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 84 años sin alergias y con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino, fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol y en tratamiento con bisoprolol. Situación basal: independiente para las actividades básicas de vida diaria, Rankin:0. El paciente acude al servicio de urgencias tras activación del código ictus extrahospitalario (CIE) porque en su casa de forma brusca presenta dificultad para la emisión del lenguaje y movilizar extremidades. En el momento de activación de CIE, la evolución temporal del cuadro fue una hora y media. A su llegada presenta tensión arterial de 140/80 mmHg y la exploración neurológica destaca anartria severa casi mutismo con desconjugación compatible con afectación del VI par derecho y oftalmoplejía internuclear derecha con balance muscular en el miembro superior izquierdo pléjico, y miembro inferior izquierdo 2/5. Reflejo cutáneo plantar francamente extensor izquierdo. Coordinación: dismetría de miembro superior derecho. Puntuación de la escala NIHSS:17 puntos. Un urgencias se realiza protocolo de neuroimagen hallándose un trombo agudo de región distal de arteria basilar y arteria comunicante posterior derecha. Durante el traslado desde radiología a monitores de Urgencias el paciente presenta episodio de broncoespasmo compatible con reacción anafiláctica, se administra 0,5 mg de adrenalina intravenoso tras la cual presenta crisis hipertensiva de TAS 230 y TAD 130 que se resuelve de forma espontánea tras 4-5 min y con posterior mejoría del cuadro. Se descarta la posibilidad de tratamiento de perfusión. Tras una hora se halla mejoría neurológica con puntuación total de escala NIHSS: 12 puntos. Paciente ingresa a la unidad de ictus, en las primeras 24 h presenta excelente evolución neurológica espontánea, pasando de una NIHSS 17 a NIHSS:4 a las 24 h. Pudiéndose proceder al alta a domicilio pasadas 48 h sin clara focalidad con NIHSS:0.

CONCLUSIONES:

La oclusión de la arteria basilar (OAB) ha sido asociada a una elevada morbilidad sin tratamiento de perfusión. La recanalización temprana espontánea ha sido comunicada en la circulación cerebral anterior y durante las primeras 24 h. Según nuestra búsqueda no se ha documentado ningún caso de perfusión espontánea en contexto de la administración de la adrenalina, por lo que creemos que papel de la tensión arterial e hipertensión inducida por drogas aun esta por estudiar y se requieren mas estudios para las evidencias definitivas.

P-1684

SHOCK SÉPTICO EN PACIENTE CON APLASIA MEDULAR DE ORIGEN DESCONOCIDO, EL MÁS DIFÍCIL TODAVÍA

FM Rodríguez Rubio (1), M Ibáñez López (2), R Antúnez Ganga (3), MJ Fernández Rodríguez (3), D Fernández Valdivieso (4), L Ramírez Utrero (5)

(1) C. S. Calasparra. Murcia. (2) C. S. Moratalla. Murcia. (3) C. S. Ugijar. Granada. (4) C. S. Almoradí. Alicante. (5) C. S. El Cabo Huertas. Alicante

PALABRAS CLAVE: choque séptico-infección-sepsis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 78 años con HTA, acude a Urgencias (de Hospital de 2º nivel) por dolor lumbar sin irradiación, con hematuria de 48 horas. Refiere desde una semana mareo, debilidad generalizada y las últimas 24 horas con tiritona y escalofríos. Niega disuria, ni alteración abdominal ni semiología respiratoria. FC: 51 lpm, Sat. O2: 77%, PA: 80/40 mmHg, Tª: 37,4o C. A la exploración: palidez cutánea, taquicárdico e hipotenso, sin alteraciones en la exploración por órganos, puño-percusión derecha positiva, en MMII petequias bilaterales hasta la rodilla, no signos de TVP. Analítica: Creatinina 3,54 mg/dL (previa de 0,9 en 2015), Urea 142, Na 136, K 4, Orina: leucocitos y hematíes concentrados en sedimento, Procalcitonina 65,16, PCR 40,6, Leucocitos en números absolutos 800, con 280 neutrófilos, 390 linfocitos y 130 monocitos, Hb 5,3, Hto 14,7%, VCM 91,9, Plaquetas 13000. Por la sospecha de shock séptico con pancitopenia secundaria se inicia tratamiento con sueroterapia intensiva y antibióticos empíricos (tras toma de hemocultivo y urocultivo) también se inicia transfusión con 2 concentrados de hematíes. Posteriormente tras estabilidad hemodinámica se inicia traslado a Hospital de 3º nivel con diagnóstico de Shock Séptico de probable origen urinario en paciente con aplasia medular de origen desconocido.

CONCLUSIONES:

La pancitopenia se define por la asociación de anemia, leucocitopenia y trombocitopenia. La neutropenia se define como un recuento absoluto de neutrófilos inferiores a 1.500/μL, la sintomatología de la neutropenia deriva de su riesgo infeccioso, hay que tener muy en cuenta la aparición de fiebre y otros signos de infección, en cuyo caso, la búsqueda del posible foco infeccioso es obligatoria. Ante patologías tan poco frecuentes y graves se debe estar preparado en todo servicio de Urgencias, especial mención aquellos menos dotados en servicios especializados, que requieren una rápida actuación, con el fin de estabilizar y derivar al paciente. Se debe considerar muy importante el conocimiento de los factores pronósticos precoces para mejorar el abordaje de estos pacientes. Por lo que los médicos de este tipo de Hospital deben estar preparados para todos los acontecimientos posibles y su rápida actuación diagnóstica y terapéutica, y necesidad de traslado si precisa.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1685

TROMBOSIS VENOSA YUGULAR: PRIMER SÍNTOMA

S Martínez Gestoso, L González González, L Louzao Abellás,
S Camba Matos, C Seoane Suárez, J Quintela Martínez

Hospital Comarcal do Salnés. Pontevedra

PALABRAS CLAVE: thrombosis-yugular veneer-idiopathic

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 75 años, con los siguiente antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hábitos tóxicos: medio vaso de vino con las comidas. HTA, Dislipemia. Cuadro confusional hace 15 años en relación con ACVA isquémico. Antiagregada desde entonces. Migrañas. Hipotiroidismo post Qx. Tiroidectomía total por bocio multinodular en Abril/2010. Síndrome ansioso-depresivo. Neoplasia de mama bilateral: mastectomía derecha + ovariectomía bilateral a los 38 años. CID en mama izquierda, tumorectomía y Radioterapia en febrero 2011. Tratamiento: Lorazepam 5mg, Fluoxetina 20 mg, Iscover, Pantoprazol, Eutirox 100 mg, Atorvastatina 20 mg, Aprovel, Adiro. Situación funcional: Buen nivel cognitivo. Independiente para ABVD. Consulta en el servicio de urgencias por malestar general desde hace semanas, con pérdida de apetito y peso, que se acompaña de dolor de espalda. En los últimos días ha notado dolor en el hombro izquierdo con hinchazón ipsilateral. No fiebre, no presenta otras alteraciones. En la exploración física destaca la presencia de hinchazón en la cara lateral izquierda del cuello, con ligero edema en MSI (fotografía). No adenopatías. AC: rítmica. AP: mvc. Exploración de ABD: Blando, molestia a la palpación epigástrica. No masas ni megalias palpables. EEII: No edemas ni datos e TVP. Exploración ORL y Ginecológicas: normales. En las pruebas de laboratorio destacan, discreta elevación de G O T, G P T / A L T, Gamma GT, FA, PCR, Leucocitosis, V.S.G. Serologías: negativas. Hemocultivos: negativos. En TC de cuello: se evidencia trombosis parcial central de la vena yugular interna izquierda que ocupa la práctica totalidad de la luz vascular en un segmento de aprox 5,7 cm, y probablemente total en su porción más distal a nivel de la confluencia con la vena subclavia. Se realizan : Doppler MMII, GG ósea de cuerpo entero, PE, y gastroscopia, sin evidencia de patología.

CONCLUSIONES:

La asociación entre la trombosis venosa yugular interna, con una enfermedad neoplásica es importante, tanto que en ocasiones constituye la manifestación clínica inicial, ampliamente documentado en la literatura. Más excepcional resulta el hallazgo de formas idiopáticas del fenómeno, como es el caso de la paciente, sobre todo con la alta sospecha de neoplasia subyacente dados sus antecedentes.

P-1686

EL PANÍCULO ADIPOSO ES MUY PELIGROSO

L Louzao Abellás, S Martínez Gestoso, L González González,
S Camba Matos, J Quintela Martínez, C Seoane Suárez

Hospital do Salnes. Pontevedra

PALABRAS CLAVE: cellulitis-sepsis-obesity

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 78 años con antecedentes personales de obesidad, HTA, dislipemia, FA y cirugía bariátrica. Acude a urgencias por mareos, fiebre de 39 °C y molestias abdominales de menos de 24 horas de evolución. Refiere también aumento de disnea habitual con los esfuerzos, sin otra clínica acompañante. En la exploración física inicial llama la atención los MMII, que se encuentran edematosos, con calor y enrojecimiento local. Tanto la paciente como su acompañante refieren que ¿siempre están así? y que no ha habido cambios en los últimos días, por lo que se decide seguir buscando otro posible foco del cuadro. Posteriormente, ya con los resultados analíticos, donde cabe destacar una leucocitosis con desviación izquierda y una PCR de 48,7, se reexplora a la paciente y vemos en la parte inferior-derecha del abdomen una gran placa eritematosa y caliente, sin alteración de la barrera cutánea, que había pasado desapercibida en la primera evaluación. Dados los nuevos hallazgos, se diagnostica de celulitis abdominal con datos de sepsis (TA en el límite bajo de la normalidad desde el ingreso), se inicia tratamiento antibiótico y se comenta con medicina interna. Mientras la paciente se encuentra en urgencias pendiente de subir a planta, comienza a hipotensarse y empeorar también desde el punto de vista analítico (empeora la función renal, aumento de leucocitos y PCR). Se administran líquidos y aminos sin mejoría, por lo que se comenta caso con UCI. Tras 3 días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, se consigue estabilizar a la paciente, lo que me permite su traslado a planta de Medicina Interna, donde continúa el tratamiento hasta la resolución completa del cuadro.

CONCLUSIONES:

La celulitis de pared abdominal es una enfermedad poco frecuente, que suele aparecer en personas con obesidad importante. Debe tenerse en cuenta fundamentalmente en pacientes obesos que han sufrido agresiones que alteren la barrera cutánea o que hayan sido sometidos a cirugía abdominal reciente. En el caso que nos atañe, no se ha identificado un claro desencadenante, ya que la cirugía bariátrica de la paciente había sido ya hace más de 20 años.



CASOS CLÍNICOS

P-1691

TUMEFACCIÓN Y ERITEMA LATEROCERVICAL

D Peñalver Espinosa (1), MP Cánovas Sánchez (1),
BE Costa Martínez (1), P Andújar Brazal (1), C García Jiménez (1),
J Zieleniewski Centenero (2), B Sanchís Pardo (3)

(1) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Vistalegre. (2) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Molina Jesús Marín. (3) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Murcia-San Juan. Murcia

PALABRAS CLAVE: thrombosis-neoplasms-lymph node

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 42 años sin antecedentes de interés que consulta en urgencias por dolor e inflamación en región cervical derecha de inicio brusco. Refiere que hace un mes presentó clínica similar (dolor e inflamación) en región cervical contralateral que actualmente ha mejorado. Refiere además, pérdida de 20 kg de peso en los últimos 2 meses, disminución del apetito desde hace 4 meses y astenia en los últimos 4 meses. En la exploración física se objetiva tumefacción y leve eritema en región latero-cervical derecha, a nivel de borde anterior de esternocleidomastoideo derecho, con dolor a la palpación de la zona inflamada. No se palpan adenopatías, ni se observa circulación colateral ni asimetrías faciales. Ante la sospecha de una posible trombosis venosa, se solicitó analítica completa con Dímero-D cuantificándose éste en 14060 ng/ml (resto de valores normales). Dada la clínica del paciente y los resultados analíticos, se solicita ecografía de cuello objetivándose trombosis de la vena yugular interna derecha y adenopatías tumorales. Ante estos hallazgos se realiza ecografía abdomino-pélvica apreciándose LOES compatibles con metástasis. Dado el síndrome constitucional, hallazgos ecográficos y la posible tromboflebitis migratoria (clínica similar a la actual, compatible con trombosis en laterocervical contralateral previamente) se decide ingresar al paciente para estudio ante sospecha de tumor primario de localización desconocida e inicio de tratamiento de la trombosis. Durante su ingreso, fue estudiado mediante TAC toraco-abdomino-pélvico detectándose múltiples adenopatías toracoabdominales e infiltración bilateral de las glándulas suprarrenales. Trombosis de vena yugular interna y subclavia derechas. Varias lesiones hepáticas nodulares, páncreas sin masas ni formaciones quísticas. Gastroscopia: placa de mucosa gástrica ulcerada en curvatura menor, que se biopsia, resultando compatible con linfoma MALT gástrico de bajo grado. Colonoscopia normal.

CONCLUSIONES:

Ante una trombosis debemos identificar una causa subyacente como posibles alteraciones de la coagulación de causa genética. Algunas neoplasias generan un estado de hipercoagulabilidad, en especial los adenocarcinomas de páncreas y pulmón, que puede provocar trombosis. La tromboflebitis migrans es característica de éstas. Cuando la trombosis es de venas de cabeza y cuello realizaremos diagnóstico diferencial con síndrome de Lemierre o trombosis asociada a catéter.

P-1696

FALLO MULTIORGÁNICO Y EXITUS..
LA AUTOPSIA REVELÓ UNA SORPRESA

Jl Giménez (1), LM González Torres (1), MC Quesada Martínez (1),
MM Fernández de Béjar (1), JJ López Pérez (1), MJ Rico Lledo (1),
MI García Sánchez (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. (2) C. S. Vistabella

PALABRAS CLAVE: fallo multiorganico-ictericia-autopsia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 54 años, antecedentes de hipertensión arterial, diabético tipo 2, dislipemia, obesidad, fumador y bebedor con criterios de abuso, acude a Urgencias por malestar general, hiporexia y diarrea de una semana de evolución, e ictericia de mucosas y piel que aparecen las 48 horas previas a su consulta en urgencias. Exploración: Glasgow 15, afebril, ictericia franca de piel y mucosas, auscultación cardíaca y respiratoria anodina. Analítica: Creatinina 5.4, Urea 130, Na 132, K 2, GPT 354, láctico 2,6. Coagulopatía y leucocitosis. Orina con presencia de leucocitos, nitritos y bacterias. ECG con cambios por la hipopotasemia, Rx Torax con hilos congestivos sin infiltrados o derrames. Se solicita ecografía renal y abdominal con resultado: hepatoesplenomegalia heterogénea con vía biliar calibre normal y riñones normales sin hidronefrosis. Se toman cultivos de sangre, orina y serologías. El paciente con las horas empeora el sensorio con oligoanuria por lo que se canaliza vía central y se comienza con soporte hemodinámico sin clara respuesta, se interconsulta a UCI quienes ingresan al paciente y tras 2 días con colocación de hemofiltro, intubación orotraqueal, antibióticos, inotrópicos, presenta mala respuesta con evolución al fracaso multiorgánico y shock refractario siendo exitus. Se solicita autopsia.

CONCLUSIONES:

Las sospechas diagnósticas se centraron en la sepsis de probable origen abdominal/urinario con fracaso hepático y renal en paciente con hepatopatía alcohólica. La ecografía que se repitió otra vez en UCI tampoco fue concluyente para orientar el diagnóstico, el TAC no se pudo realizar por lo inestable del paciente. Todos los cultivos y la serología fueron negativos. La autopsia reveló una sorpresa: infiltración del hígado por múltiples metástasis redondeadas ocupando casi la totalidad del parénquima, como también infiltración de glándulas suprarrenales y del páncreas, y a nivel pulmonar se observa una masa hilar izquierda compatible con tumor microcítico de pulmón. Llama la atención el escaso poder de la ecografía para detectar estas lesiones, igualmente el pronóstico del paciente sería el mismo, las diferencias fueron notables entre las imágenes ecográficas del hígado y la pieza de autopsia totalmente infiltrada de metástasis. Un TAC de abdomen hubiese alertado sobre el diagnóstico presuntivo.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1697

NEUMONÍA INTERSTICIAL AGUDA POR GRIPE A.
A PROPÓSITO DE UN CASO

**AJ García Sánchez, F Rico Rodríguez, A Salazar Puntas,
MM Guzmán Regalado, S López Escudero, S Postigo Cruz,
AM Medina Fernández**

Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

PALABRAS CLAVE: lung diseases, interstitial-influenza a virus-adult respiratory distress syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: Hombre de 45 años, acude a Urgencias por malestar general y sensación febril no termometrada de aproximadamente 14 días de evolución con predominio de astenia y mialgias en piernas, dolor en fosa renal sin irradiación y recorte de diuresis sin disuria. Odinofagia y tos con expectoración verdosa de igual evolución, y disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos de 5 días de evolución. ANTECEDENTES PERSONALES: Fumador activo. Hepatopatía enólica. Crisis convulsivas por ingesta alcohólica. EXPLORACIÓN FÍSICA: Mal estado general, consciente, taquipneico, palidez cutánea. Auscultación Cardíaca: Taquicárdico, no soplos. Auscultación Pulmonar: Hipoventilado con roncus dispersos y crepitantes. Abdomen: normal. Extremidades: Signos de hipoperfusión distal. Radiografía Tórax: Condensación en base pulmonar derecha. Análítica: Leucocitosis con neutrofilia, Proteína C Reactiva: 238 mg/L. Insuficiencia Renal (Creatinina 2,30 mg/dL). Gasometría Arterial: Insu-

ficiencia Respiratoria. NT-proBNP: 2507 pg/ml. TA: 120/70 mmHg, FC: 120 lpm. FR: 40 rpm. Temperatura: 40°C. EVOLUCIÓN: Empeoramiento clínico, aumento de disnea e inestabilidad hemodinámica y se realiza Intubación Orotraqueal y pasa la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Toma de cultivo orofaríngeo. Radiografía tórax control: Infiltrado bilateral intersticial (algodonoso). ECG: Taquicardia sinusal. Ecocardiografía normal. Aislamiento ante sospecha de infección por Gripe A, Serología positiva Influenza AH1N1. Fibrobroncospia (BF) más Lavado Bronquioalveolar (BAL): Secreciones mucopurulentas. Microbiología de BAL: S. Epidermidis coagulasa negativo. Ingresado en UCI durante 10 días con mejoría clínica, ingresa en Medicina Interna posterior a tratamiento con Oseltamivir, Vancomicina y Voriconazol. -Resultados y Discusión: TC tórax: Infiltrados Intersticio-alveolares Bilaterales corresponde a Bronconeumonía Bilateral de origen Inflamatorio/Infeccioso. Se realiza segunda BF más BAL ante evolución tórpida. Infiltrados Pulmonares de probable origen Inflamatorio (Neumonitis Intersticial Aguda). Neumotorax iatrogeno, Intubación intercostal. Microbiología: Negativo. Anatomía Patológica: Exudado Inflamatorio Agudo Leve Inespecífico, con proliferación fibroblástica. Juicio Clínico: Neumonía Intersticial Aguda secundaria a infección por Influenza AH1N1.

CONCLUSIONES:

Neumonitis Intersticial Aguda forma rara y fulminante de Lesión pulmonar difusa. Se presenta como Síndrome de distrés respiratorio agudo. Se debe plantear el diagnóstico diferencial con Insuficiencia cardíaca y causa no cardíaca de edema agudo de pulmón. Es una patología con alta mortalidad intrahospitalaria (>50%) o fallecen en 6 meses, aunque pueden remitir completamente. En el caso del paciente, con recuperación casi completa a los 3 meses de seguimiento.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1698

CUANDO EL MOCO ES COÁGULO

S Lemée Ramírez, E de Vega Ríos, I Guerra Molina,
E Arredondo Hortigüela, E Blanco Basilio, S Fernández Rodríguez

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: embolia pulmonar-disnea-insuficiencia respiratoria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 51 años, hipertenso, sin otros antecedentes médico quirúrgicos de interés, acude a Urgencias por un cuadro de 4 días de evolución consistente en malestar general, tos con expectoración negruzca, sensación distérmica, autoescucha de sibilancias y disnea de mínimos esfuerzos. No refiere dolor torácico ni clínica cardinal de insuficiencia cardíaca. A la exploración física, destaca febrícula de 37,4 °C, SatO₂ 93% con taquipnea discreta a 20 rpm, así como hipofonosis bilateral en ambos hemitórax, ligeramente más marcada en hemitórax derecho. Se solicita radiografía y analítica, que muestran atelectasia laminar en base izquierda y leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia respiratoria parcial en gasometría arterial extraída a su llegada. Durante su estancia en Urgencias el paciente permanece disneico. Al reinterrogarle refiere que el cuadro empeoró tras haber estado encamado los primeros días a causa de la fiebre. Se solicita D- Dímero al tener un riesgo moderado para TEP en el test de Wells, siendo éste de 5,60 ug/mL. Se anticoagula al paciente y se solicita angio-TAC pulmonar que muestra múltiples defectos de repleción bilaterales en arterias lobares y segmentarias para todos los lóbulos pulmonares, hallazgos compatibles con TEP bilateral.

CONCLUSIONES:

Con este caso se pretende ilustrar la variabilidad clínica en cuanto a la presentación del TEP, siendo una vez más imprescindible una buena historia clínica prestando atención a los detalles subjetivos que pueda aportar el paciente. En este caso, la disnea y saturación que presentaba el paciente no concordaban totalmente con una infección respiratoria no consolidante en un paciente joven, por lo que reinterrogar al paciente en busca de un desencadenante resultó fundamental.

P-1699

ENDOCARDITIS POSQUIRÚRGICA:
MÁS FRECUENTE DE LO HABITUAL

I Andrés Antolín (1) D Díez Díez (2), V Calatrava Gallardo (3)

(1) C. S. Pintor Oliva. (2) C. S. La Puebla. (3) C. S. Eras del Bosque. Palencia

PALABRAS CLAVE: endocarditis-S. viridans-fiebre

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 75 años que acudió a Urgencias derivado desde Atención Primaria por fiebre de hasta 39°C y aumento de su disnea habitual. Antecedentes: HTA, dislipemia, estenosis aórtica severa (intervenida 20 días antes con recambio valvular protésico que precisó de marcapasos durante el ingreso por BAV completo) IT moderada con HTP severa. EPOC severo en tratamiento con OCD. El paciente refería picos febriles de hasta 39°C y edemas generalizados a pesar de tratamiento diurético. A la exploración presenta soplo diastólico aórtico, hepatomegalia de 6 cm, sat O₂ 68%, edemas hasta raíz de muslo, región genital y abdominal. Analíticamente PCR 65. En Rx de tórax derrame pleural bilateral y cardiomegalia. Se solicita Ecocardiograma con presencia de 2 imágenes periprotésicas de 12 mm. Ante la alta sospecha de endocarditis (EI) se inicia ATB con Gentamicina y Vancomicina, se fuerza diuresis y se ingresa en el Servicio de Cardiología. En hemocultivos se aísla S.viridans pautándose tratamiento ATB según antibiograma. Durante el ingreso presentó oligoanuria con deterioro de la función renal iniciándose terapia de sustitución (ultrafiltración). Ante la escasa respuesta se decide tratamiento paliativo, falleciendo el paciente un mes después.

CONCLUSIONES:

La EI postquirúrgica valvular es una patología frecuente con graves complicaciones y que va en aumento. Se clasifica en precoz y tardía dependiendo del tiempo pasado. El germen más frecuente es el S. Aureus siendo el más virulento y el de peor pronóstico. La EI por Viridans suele tener un inicio más subagudo y con sintomatología poco específica, lo que dificulta el diagnóstico. El tratamiento de elección inicial es quirúrgico, siendo el más efectivo y el que mejor pronóstico tiene. Si no es opción, el tratamiento antibiótico guiado por antibiograma es lo más efectivo, pero requiere de realización de hemocultivos que resulten positivos. Las complicaciones más frecuentes son la insuficiencia cardíaca congestiva y los tromboembolismos a diferentes órganos. El pronóstico es malo, la supervivencia con tratamiento quirúrgico precoz es inferior al 50%, siendo de menos de un 20% si es sólo antibiótico.



CASOS CLÍNICOS

P-1704

QUE NIVEL!!!

**MJ García Miranda, P Barbero Barbero, V Silés Jiménez,
AM Chuchón Alva, E Gutiérrez Marigorta, AJ Macías López,
L Hernández de Francisco**

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: fiebre-infección-neumonía

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 54 años de edad, fumadora de unos 20 cigarrillos al día, con neumonías de repetición y operada de un nódulo en mama derecha por mastopatía fibroquística, alérgica al Metronidazol, acude a Urgencias remitida por su Médico de Atención Primaria por objetivar en una Radiografía de Tórax, una imagen sugerente de neumonía cavitada en el pulmón derecho. La paciente presenta fiebre desde hace 3 días de hasta 38,9°C. No refiere tos ni expectoración. No disnea ni dolor torácico. Exploración y pruebas complementarias: Exploración: TA:110/70 FC:97lpm T°:38°C Sat%: 92%, FR: 20/min. Consciente, orientada, hidratada y bien perfundida. Eupneica. Tórax: murmullo vesicular débilmente disminuido en base derecha. Resto de exploración anodina. Analítica: Leucocitos: 14,2. Fibrinógeno: 978. PCR 42.1. Resto : Normal. Rx de tórax: Imagen compatible con masa de bordes mal definidos con niveles hidroaéreos localizada en segmento apical (segmento 6) de lóbulo inferior derecho. Ingresar con el diagnóstico de Neumonía cavitada derecha. Durante el ingreso recibe tratamiento con Levofloxacino y Clindamicina. Ante el empeoramiento clínico, se solicita placa de control y TAC de tórax donde se objetiva Neumatocele sobreinfectado y nivel hidroaéreo en su interior. Se traslada a Cirugía torácica donde se procede a colocación de drenaje. Tras la retirada del drenaje, se solicita placa de control que muestra nuevo nivel hidroaéreo moderado que persiste durante 3 días más. Dada la estabilidad la estabilidad radiológica y la buena evolución clínica y analítica, se decide alta con tratamiento antibiótico domiciliar y control en consulta externa neumología. Juicio clínico: Neumatocele infectado.

CONCLUSIONES:

El neumatocele es una formación adquirida de contenido aéreo de paredes delgadas formadas por el parénquima pulmonar adyacente. La evolución clínica es en general favorable, aunque en un pequeño porcentaje pueden, a su vez, complicarse con ruptura o infección. El neumatocele es una complicación rara de la neumonía y se origina sobre todo en las producidas por *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis carinii* y *Haemophilus influenzae*. Son más frecuentes en lactantes y niños, y no deben confundirse con otras acumulaciones de gas en tórax.

P-1714

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASOCIADO A MALARIA

M Vaquero Álvarez, G Gómez Jiménez, MA López García

Hospital San Agustín. Linares, Jaén

PALABRAS CLAVE: malaria-fiebre-síndrome hemofagocítico asociado a infección síndrome hemofagocítico reactivo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años que acude en diversas ocasiones al Servicio de Urgencias por picos febriles de hasta 39°C junto con sensación nauseosa y vómito aislado, desde hace 7 días. En últimas 24h comienza con vómitos, cefalea y artromialgias generalizadas. Persistencia de la fiebre (de predominio nocturno) a pesar de antipiréticos y antibiótico. Aporta prueba diagnóstico rápido negativo a *Plasmodium falciparum* y *vivax*. Como antecedente epidemiológico, destaca viaje a Angola hace 2 semanas, 4-5 días después de retorno, comenzó con febrícula. Vacunada frente a fiebre amarilla y tifoidea. No profilaxis de malaria. En la exploración física destaca dolor a palpación en hipocondrio derecho sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal. En hemograma de Urgencias aparece anemia, trombopenia importante y leucopenia, en bioquímica se observa elevación transaminasas y aumento de reactantes de fase aguda. Se consulta con Hematología para realización urgente de Frotis Sangre Periférica, que informa como compatible con infección por *Plasmodium*. Se solicita aspirado medular ante sospecha de síndrome hemofagocítico. Ante presencia de diarrea se cursa coprocultivo. Ante mal estado de la paciente, pancitopenia y sospecha de hemofagocitosis secundaria a malaria, se ingresa en la planta de Medicina Interna Gota gruesa con tinción Giemsa: compatible con *Plasmodium ovale*. Se informa a Medicina Preventiva que declara caso de Paludismo importado (EDO). En aspirado medular se observa el fenómeno de hemofagocitosis de forma constante. Coprocultivo: abundantes colonias de *Blastocystis hominis*. En ecografía abdominal: Esplenomegalia con lesiones focales inespecíficas. Tras tratamiento con Artemisinol y piperaquina (Eurartesim®) y asociación de bolos corticoideos y gammaglobulina, la paciente queda afebril a las 48h con mejoría clínica progresiva. Completa tratamiento con Primaquina (G6PD normal) sin incidencias. Se añade metronidazol por parásitos en heces. Al alta presenta normalización hematimétrica y de función hepática.

CONCLUSIONES:

La importancia de la anamnesis y la historia clínica nos pueden orientar hacia una sospecha clínica y conseguir un diagnóstico precoz. Ante un síndrome febril mayor de 7 días y con antecedente de viaje a zona endémica, hay que descartar enfermedades como malaria, pues es una enfermedad prevenible y curable cuyo pronóstico puede ser potencialmente mortal.





CASOS CLÍNICOS

P-1715

CÓMO UNA INMUNOSUPRESIÓN PUEDE MARCAR UN ANTES Y UN DESPUÉS EN EL SÍNDROME MONONUCLEÓTICO

M García Almela (1), JC Ferrández Rodríguez (1), M Morales Alemán (1), A Alfayate Torres (2), E Delsors Mérida-Nicolich (1)

(1) C. S. Jesús Marín Molina de Segura. (2) C. S. Santa María de Gracia. Murcia

PALABRAS CLAVE: infección mononucleosis-inmunosupresión-hepatitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 23 años. Antecedentes médicos : en tratamiento con azatioprina dosis estándar por Enfermedad de Crohn desde hace 5 años (sin brotes desde entonces). Resto sin interés. Acude al servicio de urgencias con fiebre, astenia y adenopatías cervicales desde hace 4 días. Exploración Física: conglomerado adenopático laterocervical bilateral aumentado en derecho. Abdomen normal. Coloración normal. No diarreas. Constantes normales Complementarias: positivo Epstein Barr resto analítica completa absolutamente normal. Se retira azatioprina se administran corticoides a dosis 1mg/kg/día e ingreso a cargo de infecciosas. Evolución tórpida del paciente, comienza con estreñimiento y dolor abdominal. La exploración física continúa siendo normal excepto por ligera hepatomegalia e ictericia subconjuntival. Analítica de control : Actividad de coagulación ligeramente disminuida, transaminasas aumentadas x3 y serologías negativas. Ante el empeoramiento y sospecha de hepatitis se traslada a UCI permaneciendo durante 2 días en la misma situación. Se realiza ecografía abdominal donde solo se aprecia ligera hepatomegalia. Durante la mañana del tercer día de su estancia en UCI el paciente comienza con agitación psicomotriz, desorientación espacio-temporal y náuseas. Se realiza analítica de control donde se aprecia disminución importante de coagulación, aumento x4 transaminasas y disminución plaquetaria. Se traslada de forma urgente a Ciudad Sanitaria de HUVA para código 0 y durante el traslado el paciente fallece.

CONCLUSIONES:

Este paciente tenía una enfermedad autoinmune que le obligaba a tomar inmunosupresores, la azatioprina tarda un tiempo en eliminarse por lo que durante la infección el paciente permanecía (a pesar de haber sido retirada) inmunosuprimido. Le produjo una hepatitis fulminante que acabó con su vida. Es un caso bastante raro, pero hay varios descritos en el mundo por lo que hay que tener en cuenta, siempre, por obvio que parezca , cuando hay una inmunosupresión vigilar todavía más de cerca a ese paciente, porque evidentemente en este caso su enfermedad autoinmune pasa a segundo plano.

P-1716

EL RIESGO DEL PORTADOR DE RESERVORIO

J Domínguez Carrasco (1), R Gutiérrez Martín (2), S Moreno López de Lerma (3), A Becares Cartón (3), C López Ballesta (4), B Pérez Pérez (1)

(1) C. S. Puerta Nueva. (2) C. S. Virgen Concha. (3) C. S. Santa Elena. (4) C. S. Parada del Molino. Zamora

PALABRAS CLAVE: reservorio-trombosis-heparinización

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 40 años que acude al servicio de Urgencias por inflamación de miembro superior de un mes y medio de evolución sin referir dolor ni otra sintomatología acompañante. Como antecedentes personales de interés destacan VHC+, un Adenocarcinoma de Colon intervenido hace 6 años, actualmente portador de reservorio unido a catéter venoso central en vena subclavia derecha. A su llegada a urgencias en la exploración se encuentra una importante congestión venosa y leve inflamación de miembro superior derecho que se extendía a zona cervical y pectoral mayor derechos, con movilidad activa y pasiva conservadas, así como su sensibilidad con pulso radial conservado. Ante estos hallazgos se solicitó una Analítica donde destaca un D-Dímero 1002 y se realiza ecografía doppler venosa de miembro superior derecho, donde se objetiva: ?Material hiperecogénico en el interior de vena yugular interna derecha, vena subclavia y vena axilar derecha, las cuales no presentan flujo al estudio ecodoppler y se muestran no compresibles a la presión. Los hallazgos son compatibles con trombosis de dichos vasos. Se objetiva permeabilidad de vena basilica, vena cefálica y venas del antebrazo derecho. No existe afectación de vena cava superior?. Dado el diagnóstico se decide el ingreso del paciente para tratamiento con Heparina de Bajo Peso Molecular a altas dosis y posterior retirada de reservorio.

CONCLUSIONES:

La aplicación de un reservorio constituye un acceso venoso rápido, seguro y eficaz, consigue reducir el número de venopunciones traumáticas, mantener en buen estado la vía central y facilitar el tratamiento ambulatorio del paciente. Por otro lado existen complicaciones como migraciones del catéter y del reservorio, infecciones, rechazo del implante, flebitis y trombosis. Dado el alto porcentaje de Trombosis Venosa Profunda en pacientes portadores de reservorio durante años tras haber finalizado el tratamiento oncológico, se realiza heparinización periódica, existiendo controversia sobre los intervalos de tiempo entre ella. Tal que en la provincia de Zamora se ha modificado dicho intervalo de tiempo de un mes a 3 meses.



CASOS CLÍNICOS

P-1718

NO TODA LA TOS ES UN CATARRO

MJ Tovar Peñaranda, B Sanchís Pardo, M Rodríguez Romero, BE Costa Martínez

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: cough-fever-Pneumocystis jirovecii

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: -Sin antecedentes médicos de interés. -Fumador de 20 cigarrillos/día. -AQX: Apendicectomía. **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:** Camionero desde hace 12 años. Ha estado viviendo en Chile, durante un año y medio, hasta Diciembre de 2016. Refiere relaciones heterosexuales de riesgo. **HISTORIA ACTUAL:** Varón de 34 años que consulta porque refiere desde hace 15 días, tos con expectoración blanquecina asociado a sensación distérmica, fiebre (máximo de 39°C) con escalofríos, sudoración profusa de predominio nocturno, astenia y anorexia con pérdida de peso no cuantificado y odinofagia desde hace 2 meses. Hace 5 días acudió a otro hospital por la misma clínica, siendo diagnosticado de bronquitis aguda de probable origen viral estando en tratamiento desde entonces con analgésicos y mucolíticos sin mejoría. Resto de anamnesis por aparatos normal. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** REG. Sequedad mucocutánea. Peso 46,6 kg. Tª 38,2°C. PA 98/54 mm Hg. Sat O2 96% basal. FC 78 lpm. FR 24 rpm. CyC: Se palpan 2 adenopatías <0,5 cm en cadena cervical superficial derecha y una adenopatía axilar derecha, móviles. Lesiones blanquecinas en cavidad oral y orofaringe que se desprenden al raspado, sugestivas de candidiasis. AC: Rítmica sin soplos. AP: MVC con crepitantes finos bibasales. ABD: Normal. NRL: Sin focalidad neurológica. Signos meníngeos negativos. MMII: Pulsos pedios presentes bilaterales y simétricos. Sin signos de insuficiencia venosa. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Analítica: Hemoglobina 10.4, VCM 83,3, Plaquetas 289.000, Leucocitos 3300, neutrófilos 75,4%, linfocitos 12,7%, monocitos 0,4%. Serología: VIH positivo, resto normal. RX tórax PA y LATERAL: Afectación pulmonar extensa con opacidades en vidrio deslustrado bilaterales y densidad mal definido en LID. Considerar la posibilidad de infección por Pneumocystis si VIH+. **EVOLUCIÓN:** Tras la elevada sospecha de infección por VIH, se decide ingreso confirmándose la neumonía por P. Jirovecii en las citologías de broncoaspirado y lavado broncoalveolar y se hace diagnóstico definitivo de VIH por Western-Blot. La evolución clínica es satisfactoria con mejoría clínica progresiva. Previo al alta se inicia tratamiento antirretroviral. **DIAGNÓSTICO:** -INFECCIÓN POR VIH ESTADIO C3 -NEUMONÍA POR P. JIROVECII. -CANDIDIASIS OROFARÍNGEA.

CONCLUSIONES:

La tos y la fiebre de larga evolución, son un motivo frecuente de consulta que no siempre traducen una infección respiratoria, realizar una anamnesis adecuada preguntando por factores de riesgo y una exploración acorde, pueden ayudarnos a desenmascarar otros procesos subyacentes más graves.

P-1720

DEBUT DE SÍNDROME RENO-PULMONAR EN URGENCIAS

JJ López Pérez, I Gil Rosa, A Ortega Requena, P Abellán García, JI Giménez, L González Torres, M Fernández de Béjar

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: poliangeítis microscópica-anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos -enfermedades pulmonares

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años que acude a Urgencias por disnea. AP: hipotiroidismo, exfumadora, síndrome ansioso-depresivo y trastorno mixto de la personalidad. Refiere desde hace 6 semanas cuadro de aumento de disnea hasta hacerse de reposo y desde hace 10 días esputos hemoptoicos. A su llegada presenta mal estado general, afebril, con obnubilación, hipotensión arterial, palidez y taquipnea con Sat O2 de 84% y Hb de 4.8 g/dl. A la exploración destaca crepitantes en hemitórax izquierdo e hipoventilación derecha. Tacto rectal sin restos hemáticos. TC cerebral normal. Rx tórax: infiltrados alodonosos bilaterales. Se inicia oxigenoterapia en Urgencias e ingresa en UCI con IOT con VMI. Analítica: P-ANCA positivos, creatinina 2.2. Se trató con corticoterapia sin mejoría por lo que se decidió realización de plasmáferesis. Pendiente de Biopsia renal. Diagnóstico: síndrome Reno-pulmonar. Probable Poliangeítis microscópica.

CONCLUSIONES:

En este caso se plantea el diagnóstico diferencial de una paciente que acude a urgencias con insuficiencia renal aguda, anemia, disnea y afectación pulmonar. Ante la disnea y los infiltrados pulmonares, la primera impresión diagnóstica fue la de infección respiratoria. Por la afectación de la paciente, el patrón radiológico de afectación bilateral y la época del año (febrero) se pensó en Gripe A como primera posibilidad. Ante los resultados analíticos con insuficiencia renal aguda y una anemia importante, nos planteamos que los infiltrados fueran producto de una hemorragia. Y ante la afectación renal y pulmonar de la paciente, se pensó en un síndrome renopulmonar. El diagnóstico de síndrome renopulmonar se basa en la clínica, el patrón radiológico, la anatomía patológica y los datos de laboratorio. La mayoría de los casos están vinculados a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). El objetivo del tratamiento es disminuir el número de estos anticuerpos. Para ello se utiliza corticoterapia o agentes inmunosupresores y en caso de avance de la insuficiencia renal, la diálisis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1721

TOMAR O NO TOMAR... ESA ES LA CUESTIÓN

P Barbero Barbero, V Siles Jiménez, AM Chuchón Alva, E Gutiérrez Marigorta, MJ García Miranda, L Hernández de Francisco, MS Pedromingo Kus

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: neumonitis-adverso-inflamatoria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón, 79 años con antecedentes de dislipemia, intolerancia a hidratos de carbono. Exfumador. Colitis ulcerosa (CU) diagnosticada en 2002 en tratamiento con Mesalazina 500 mg, dos comprimidos cada 8 horas. Acude a urgencias por clínica de 8 a 10 días consistente en disnea grado III de la NYHA sin otra clínica respiratoria. Además, refiere 10 ? 15 deposiciones líquidas al día, sin productos patológicos. Afebril. Asocia astenia y pérdida de peso. En urgencias se extrae analítica, objetivando D-Dímero de 1300 ng/ml. Se realiza posteriormente TC de arterias pulmonares en la que no hay datos de tromboembolismo, pero sí pequeñas consolidaciones alveolares parcheadas bilaterales de predominio subpleural y engrosamiento septal fundamentalmente en segmentos basales. Se ingresa al paciente para estudio, encontrándose éste siempre eupneico. Se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) que demuestra disfunción global severa del ventrículo izquierdo con hipocinesia septoapical, infero-basal y medial, con insuficiencia mitral severa. Se diagnostica finalmente de disnea de esfuerzo en relación con enfermedad intersticial pulmonar y cardiopatía, suspendiendo la Mesalazina por la posible implicación en la neumonitis. Actualmente el paciente se encuentra pendiente de revisión para control de síntomas de la colitis ulcerosa.

CONCLUSIONES:

Los aminosalicilatos son los fármacos de elección en el tratamiento de la colitis ulcerosa leve a moderada. La incidencia de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes que sufren enfermedad inflamatoria intersticial (EII) no se conoce, sin embargo, se sabe que más del 50% de los pacientes que padecen EII tienen alteraciones de la función pulmonar sin hallazgos clínicos ni radiológicos. Además, las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) por fármacos son relativamente frecuentes. Los pacientes en tratamiento con sulfasalazina o mesalazina pueden desarrollar EPID como reacción a la medicación. Existen artículos publicados en los que se relaciona el desarrollo de alteraciones pulmonares en pacientes con EII con la administración de mesalazina: a los diez días de iniciar el tratamiento, a los tres meses, o incluso después de siete años. La mesalazina produce neumopatías. Es muy importante el conocimiento de estas reacciones adversas en urgencias para poder detectarla y plantear un buen diagnóstico diferencial.

P-1722

LAS COMPLICACIONES DE LA PUNCIÓN SECA

ME Guerra Hernández, A Blanco García, P. López Tens, J Villar Ramos, M Montes Pérez, D Fernández Torre, I Ruiz Larrañaga

C. S. Camargo Costa. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: neumotórax-iatrogenia-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 44 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor de características pleuríticas en hemitórax superior izquierdo y ligera sensación de dificultad para respirar tras realizársele procedimiento de punción seca por contractura cervical. Exploración física hemodinámicamente estable con FC a 75lpm, eupneica en reposo (FR 14 rpm), sin uso de musculatura accesoria con una SatO2 basal del 100%, AC: rítmica sin soplos, AP: buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos sobreañadidos, ligera molestia a la palpación de trapecio izquierdo. Ante el antecedente de punción seca se realiza radiografía de tórax en inspiración y espiración en la que se muestra pequeño neumotórax apical. Juicio clínico: Neumotórax iatrogénico. Diagnóstico diferencial: se debe diferenciar del enfisema localizado o generalizado, de una hernia diafragmática, de sobreexpansión compensadora con atelectasia contralateral y de la distensión del estómago por gas. Dado el tamaño del neumotórax, se decide tras consulta con Cirugía Torácica tratamiento conservador. El dolor se controla con analgésicos, estando la paciente asintomática al alta. Se realiza radiografía de control al mes en la que no se evidencia neumotórax.

CONCLUSIONES:

El neumotórax se define como la presencia de aire en el espacio pleural. Son característicos el dolor pleurítico y disnea de presentación repentina. El signo clínico más constante es la disminución del murmullo vesicular en la auscultación del hemitórax afectado. El diagnóstico definitivo se establece mediante la radiografía de tórax. En el tratamiento se recomienda analgesia y el oxígeno suplementario, ya que aumenta la capacidad de reabsorción pleural. La observación es la actitud de elección en neumotórax parciales sin disnea con control radiográfico en 24 horas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1723

UNA BUENA EXPLORACIÓN A VECES NO ES SUFICIENTE

C Saavedra Menchón, CM de Prados González, J Triviño Hidalgo,
A Muñoz Méndez, S Paoli, RL Navarro Silvente, C Espín Giménez

Hospital General Universitario Reina Sofía

PALABRAS CLAVE: hidroneumotorax-atelectasia pulmonar-tos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes: apendicectomizada. Animales domésticos: perros y gatos. No tratamiento crónico. No fumadora. Historia: mujer de 48 años que acude al servicio de urgencias por tos con expectoración escasa, dolor costal derecho y picos febriles de hasta 39° de un mes de evolución. Consultó varias veces en el servicio donde se le catalogó de catarro de vías altas. Exploración: Temperatura 38°, tensión arterial normal, Sat O2 96% sin O2. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Faringe hiperémica sin exudados. Pruebas complementarias: -Analítica: 15.000 leucocitos (12.500 neutrófilos), PCR 6,25. -Rx tórax: nivel hidroaéreo en pulmón derecho compatible con hidroneumotorax. -TC tórax: colección que ocupa toda la parte superior de hemitórax derecho con nivel hidroaéreo con algunos tabiques finos que produce atelectasias segmentarias de LSD y LM, que sugieren proceso infeccioso pulmonar. -Punción guiada por ecografía: se realiza punción de la colección obteniéndose líquido serohemático. Evolución: Durante su ingreso recibe tratamiento antibiótico intravenoso y se decide colocación de drenaje obteniéndose 900 cc de líquido de aspecto seroso. Líquido pleural: microbiología y citología negativas. Bioquímica: mononucleares 78%, ADA 76, proteínas 4,8, LDH 1600, pH 7,32, glucosa 14. TC de tórax tras una semana con antibioterapia: mejoría persistiendo bolsa líquida pleural apical derecha asociada a mínimo neumotórax. No evidencia de bullas pulmonares. Al alta nueva RX con ausencia de nivel hidroaéreo. Aumento de densidad apical derecha en relación con consolidación adyacente al nivel hidroaéreo previo. Diagnóstico: hidroneumotorax complejo. Neumonía en lóbulo superior derecho. Pendiente de nueva valoración por cirugía con TC de control y Rx ya que no se descarta la actuación quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Una buena exploración en urgencias es esencial para orientarnos en el diagnóstico correcto, o, al menos, descartar gravedad. Sin embargo, en ocasiones, puede ser tan anodina que limitemos cursar pruebas complementarias debido a que no existen protocolos claros para el diagnóstico de algunas patologías. Con este caso clínico quiero destacar la importancia del ojo clínico y de la experiencia del facultativo en la toma de decisiones, además de los recursos de los que dispongamos según el centro sanitario donde trabajemos.

P-1725

NEUMONÍA ORGANIZANTE CRIPTOGENÉTICA:
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IMPORTANCIA
DE SU SOSPECHA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO

S Fernández López, L Mechbal Gracia, J Pedraza García,
S Postigo Cruz, JM Parras Rejano

HCVP

PALABRAS CLAVE: cryptogenic organizing pneumonia-diagnosis, differential
-neoplasms

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 64 años que consulta en Urgencias por empeoramiento progresivo de su disnea basal en la última semana, haciéndose de mínimos esfuerzos, junto con ortopnea sin otra sintomatología. ANTECEDENTES PERSONALES: Exfumador con un consumo tabáquico acumulado de 6 paquetes-año, hipertensión arterial. EXPLORACIÓN FÍSICA: Aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador, normohidratado, normocolorado y perfundido, saturación de oxígeno basal del 94%, hemodinámicamente estable. Rítmico a 97 latidos por minuto. Disminución generalizada del murmullo vesicular, más marcada en base izquierda. Resto anodino. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica y electrocardiograma normales. En la radiografía de tórax se objetiva derrame pleural izquierdo. EVOLUCIÓN: Ingresa para estudio realizándosele TAC en el que se describe imagen sugestiva de neoplasia en lóbulo superior izquierdo. Aconsejan realización de PET-TAC para ampliar estudio, informado como incremento metabólico en dicho nódulo, sugestivo de neoplasia primaria pulmonar estadio IV. Se le realiza fibrobroncoscopia con resultado negativo. Durante su ingreso se pautó antibioterapia empírica sin mejoría radiológica de la lesión. El paciente rechaza cirugía y demás técnicas diagnósticas invasivas, por lo que es dado de alta, acordándose seguimiento en consultas externas de Neumología, donde en TAC control se objetiva práctica desaparición de lesión, estando el paciente en tratamiento glucocorticoideo vía oral por otro motivo.

CONCLUSIONES:

La neumonía organizante criptogenética es una enfermedad rara, que afecta predominantemente entre los 50 y 70 años, antiguamente conocida como Bronquiolititis Obliterante con Neumonía Organizada, término hoy día desechado. El inicio de la enfermedad es subagudo, con tos y disnea progresiva, a menudo con fiebre, que motiva su confusión con infecciones respiratorias, astenia y moderada pérdida de peso. El derrame pleural se describe hasta en 22% de los casos, suele ser de pequeña a moderada cuantía y se asocia a neumonía en organización de causa secundaria. En cuanto al diagnóstico es crucial la sospecha clínica. Como prueba diagnóstica la TACAR ayuda a identificar los hallazgos radiológicos más característicos aunque no existen patrones de presentación específicos que permitan diferenciar la neumonía organizada criptogenética de la secundaria. La evolución de la enfermedad es buena, ya que suele mejorar con el tratamiento con glucocorticoides, aunque, algunos casos pueden evolucionar a fibrosis.



CASOS CLÍNICOS

P-1733

UNA ALTERNATIVA POTENCIALMENTE MORTAL

P Barbero Barbero, MS Pedromingo Kus, V Siles Jiménez,
JG Lara Lara, IE Gutiérrez Gosálvez, AM Chuchón Alva,
MI Martiño Díaz

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: acupuntura-celulitis-Streptococcus pyogenes

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 30 años con antecedentes de rinitis/asma alérgicas y miopía. IQ: desprendimiento de retina periférico sin afectación macular en ojo derecho (OD) en 2011, facoemulsificación por catarata de OD en 2012, varicocele izquierdo y fimosis en 2000. Acude por presentar dolor lumbar y paravertebral derecho, intenso, no irradiado, que aumenta con cambios posturales y con la palpación superficial, de horas de evolución. Niega traumatismo local, picadura u otra clínica. A la exploración física existen signos inflamatorios y dolor a la percusión de apófisis espinosas dorso-lumbares acompañado de fiebre de 38,1°C y escalofríos. En la analítica destacan leucocitosis (15,5 x10³/mm³) con neutrofilia y PCR 2,44 mg/dl. Se realiza TC dorso-lumbar, evidenciando celulitis de 20 x 1,5 x 18 cm sin afectación muscular, y nódulos de Schmorl en varias vértebras. Se inició antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam (y cloxacilina por posibilidad de *S. aureus* meticilín-sensible). En RM se confirma celulitis desde T9 hasta L5, sin afectación muscular ni vertebral junto con protrusión discal L5-S1. El paciente evoluciona a sepsis, insuficiencia renal pre-renal y en hemocultivos crece *Streptococcus beta hemolítico* del grupo A (*S. pyogenes*), precisando drogas vasoactivas en UVI y modificación antibiótica (penicilina y clindamicina). El ecocardiograma trasterorácico descartó endocarditis. La evolución clínico-radiológica fue favorable y el paciente reconoció que días previos al cuadro clínico recibió sesiones de acupuntura en la zona infectada.

CONCLUSIONES:

Streptococcus pyogenes es uno de los patógenos más importantes en el humano. Constituye la causa más frecuente de faringitis aguda y produce infecciones cutáneas (como erisipela) y sistémicas, y puede iniciar complicaciones como fiebre reumática y glomerulonefritis aguda post-estreptocócica. La celulitis resulta de quemaduras, heridas o incisiones quirúrgicas o tras traumatismos, pudiendo extenderse muy rápido a grandes áreas. La principal causa es la inyección de sustancias de abuso. Estos casos se asocian frecuentemente a bacteriemias e infecciones profundas. Otra complicación grave de la misma es la fascitis necrotizante.

P-1739

FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Casal Calvo, A Asturias Sáiz, A Aldama Martín, GE Rijo Nadal,
JL Cepeda Blanco, L Alli Alonso, R López Sánchez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: fascitis necrotizante-infecciones de cuello-shock séptico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 63 años, fumador y bebedor moderado. HTA en tratamiento con olmesartán. Acude por cuadro de odinofagia y tumefacción cervical con aumento del volumen de 72 horas de evolución. Evaluado en otro hospital hace 48 horas, es diagnosticado de parotiditis y se pauta tratamiento sintomático. Empeoramiento clínico progresivo, incremento del volumen cervical y coloración violácea de la piel con extensión distal. A su llegada, confuso, deshidratado, perfusión distal enlentecida. Orofaringe normal. Aumento del volumen cervical en zona anterolateral derecha y región submentoniana, con extensión distal a área pectoral bilateral. Piel de coloración violácea, aspecto necrótico, indurada a la palpación con zonas flemonosas. En analítica destacan 35500 leucocitos (2% metamielocitos, 24% cayados), PCR 23 procalcitonina 66, lactato 110, fallo renal (creatinina 3.8, FG 20), acidosis metabólica (pH 7.2, HCO₃ 13, EB 14) y coagulopatía (TP 60%). TAC cervicotorácico: afectación inflamatoria flemonosa en región laterocervical derecha, sobretudo músculo esternocleidomastoideo, adenopatías inflamatorias cervicales y celulitis en planos subcutáneo submentoniano y preesternal. Se decide traslado a UCI, donde se administra volumen, vasopresores y antibioterapia. Dado el empeoramiento clínico y el mayor compromiso cervical, se intuba y es valorado por ORL y cirugía torácica, que realizan desbridamiento quirúrgico en cuello, cara anterior del torax y mediastino. Se aísla *S. Pyogenes* sensible al tratamiento instaurado. Evolución desfavorable, falleciendo a las 48 horas del ingreso con diagnóstico de fascitis necrotizante cervical y mediastinitis con shock séptico y fracaso multiorgánico.

CONCLUSIONES:

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva del tejido blando, produciéndose necrosis de piel, tejido celular subcutáneo y sistema musculoesquelético. Localizaciones más habituales: pared abdominal y torácica, perineo y extremidades, siendo infrecuente en cabeza y cuello. Habitualmente de origen polimicrobiano, los patógenos más habituales son *S. pyogenes* y *S. aureus*. Más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, alcohólicos y ADVP, aunque un 25% de los casos se produce en pacientes sanos. La presentación clínica es inespecífica y su diagnóstico difícil, puede confundirse con otras infecciones menos agresivas. Es esencial sospecharlo ante una infección cervical, ya que evoluciona rápidamente produciendo necrosis tisular, sepsis y fracaso multiorgánico. Mortalidad 50-75%. El tratamiento incluye ingreso en UCI, cirugía agresiva y antibioterapia de amplio espectro.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

A-1198

COMPLICACIÓN EN EL PACIENTE CON VIH.
LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA

A Colera López, BI Corbí Pino, JM Krivocheya Montero, Z Moreno Martos, A Krivocheya Montero, M Mohamed Mohamed

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

A-1200

NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS CARINII*. GRACIAS A ÉL
DIAGNOSTICAMOS A UN PACIENTE EL VIH

N Martínez-Quintanill Jódar, JM Krivocheya Montero, S Saavedra Casado, G Comes Villanueva, LM Segura Arrabal, RM Verdugo López-Blanco

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

A-1236

EMBOLISMO PARADÓJICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C Revol Musso, C Rodríguez Ocejo, P Rull Bertrán, J Olsen Triulzi, E Alfaro García-Belenguer

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

A-1246

INGESTA MEDICAMENTOSA: SE ESCONDE ALGO MÁS

E Pérez García, JA Rodríguez Fernández, M Sánchez Moreno, S Sánchez Martínez, JM Camero

Hospital Virgen Del Rocío. Sevilla

A-1248

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER. A PROPÓSITO DE UN CASO

MC Pérez Hueto, RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

A-1266

ESPLENOMEGALIA Y FIEBRE

E Pascual Pastor, M García Zurita, I Atienza Garrido, R Quiros Barrera, E Tovar Jorge, P Sánchez Llópez

Hospital de Manises. Valencia

A-1267

LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA PACIENTE CON FIEBRE

A Sánchez Morla, E Muro Fernández de Pinedo, I Fernández Marín, AP García Marín, J Vila Santos, LT Vázquez Rodríguez, M Gil Mosquera

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-1269

TVP (TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA): OTRAS CAUSAS NO
COMUNES

A Sánchez Valencia, CA Moreno Caycedo, LG Alcalá Bustos, M Sánchez Ruiz, C López Ríos, J Zarco Manjavacas, J Paz Galiana

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

A-1270

MASA AXILAR DIFÍCIL DE FILIAR

M Blanca Segura (1), E Piñero Flores (2), M Ruiz Ojeda (1), C Calero Olmo (1), GM Cañete Rodríguez (1), JA Cota Consuegra (1)

(1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba. (2) Consultorio de Bornos. Zona Básica Villamartín. Cádiz

A-1271

TUMEFACCIÓN CERVICAL, CELULITIS O TROMBOSIS YUGULAR
EN PACIENTE CON CATÉTER CENTRAL

F Muñoz Lara, M Moreno Fernández, E Lagares Santana

Hospital Regional de Málaga



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1272

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR Y TROMBOSIS DE LA YUGULAR, ¿CÓMO SOSPECHARLO?

El Delgado Padial (1), AB García Soto (1), V García Soto (2), S Maloparac (1)

(1) Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. (2) Royal Surrey County Hospital. Reino Unido

A-1274

COMPLICACIONES TARDÍAS DE UN TRÁFICO

A Gil Montes, I Calvo Sánchez, N Pazos Bernal, AM Gallardo Gallardo, MJ Fernández Rosa, MT Serrato Llamas, AJ Romero Alías

Hospital de la Serranía de Ronda. Málaga

A-1275

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO SECUNDARIO A TROMBOSIS INDUCIDA POR HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR

MJ Amador Tejón, BM Martínez Mengual, MI Rodríguez Rodríguez, ME Méndez Infiesta, MJ Gutiérrez Fernández

Hospital Universitario San Agustín

A-1282

SEPSIS FULMINANTE POR *PASTEURELLA MULTOCIDA* EN PACIENTE CON ENOLISMO CRÓNICO

M García Zurita, P Sánchez Llópez, E Pascual Pastor, I Atienza Garrido, M Pérez Sánchez, S González Caminero, M Martínez Fort

Servicio de Urgencias. Hospital de Manises. Valencia

A-1283

NO SIEMPRE ES TEP

GJ Fermín Gamero Gamero (1), J Olsen Triutzi (1), E Puerto Lara (1), E Alfaro García-Belenguer (1), D Baron Benítez (2)

(1) Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. (2) 061

A-1286

SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO: MÁS ALLÁ DE LO FARMACOLÓGICO

C Gimeno Galindo, S López Lallave, O Martínez Saez, R Parada López, N Martín Alonso, A Antiquera Pérez, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-1287

LA IMPORTANCIA DE LOS GASES: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL SECUNDARIA A SÍNDROME DE OGILVIE

E Peraita Fernández (1), FM Mateos Chaparro (1), P Minchong Carrasco (1), G Rosario Godoy (1), I Veli Cornelio (1), S Lisca Pérez (2), EA Lino Montenegro (1)

(1) H. Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria

A-1293

ETIOLOGÍA EDEMA FACIAL

CM López Ríos, J Zarco Manjavacas, A Sánchez Valencia

Tomelloso

A-1294

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA (SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER)

I Quito Ramos (1), B Toribio Velamazán (1), I Torres Peña (1), M López Hernández (1), B Benito Ruiz (1), F Francia Franco (1), A Pujol Keller (2)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca. (2) Centro de Salud de Barbastro. Huesca

A-1295

COMPLICACIÓN DISTAL DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

L Pancorbo Fernández, M Cárdenas, A Antón, D Fontecha Olid, P Olmedo Carrillo, P Lora Coronado, J Aznares Adelantado, R Rivas Martínez

Complejo Hospitalario de Jaén



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1298

LAS GUARDERÍAS SON UN ARMA BIOLÓGICA

E de la Peña Parra, B Mateos Ventura, I Mateo Sagasta Perrote,
B Rodríguez Miranda, E Rodríguez Adrada, M Pérez Márquez,
B Quesada Bellver

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

A-1300

SEPSIS FULMINANTE POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*

P Llópez Espinós, C Beneyto Ripoll, MA Carbonell Torregrosa,
N Pérez Ramírez, C Beltrá Soria, A Martínez Díaz, M Navarro Juan

Hospital General Elda. Alicante

A-1309

ME HE LEVANTADO CON MAREO Y VISIÓN DOBLE

CA Moreno Caycedo (1), LG Alcalá Bustos (1), A Sánchez
Valencia (1), MA Esquivias Campos (2), R Nacimiento Beltrán (2),
J Paz Galeana (1), M Sánchez Ruiz (1)

(1) Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real. (2) Hospital La Mancha Centro.
Ciudad Real

A-1313

MUCORMICOSIS RENAL GRAVE

S Iglesias Moles, M Vallverdú Vidal, JD Lacasta García,
B Balsera Garrido, M Miralbés Torner, S Carvalho Brugger,
R Maciel Pereira

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

A-1314

MIOCARDITIS AGUDA DE ORIGEN FÚNGICO

M Miralbés Torner, S Iglesias Morales, MB Balsera Garrido,
JD Lacasta García, MJ Abadías Medrano, M Palomar Martínez,
M Vallverdú Vidal

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

A-1335

PACIENTE EPOC CON DISNEA Y FIEBRE

F Martín Grutmancher (1), C Benítez Robles (2)

(1) Hospital Costa de la Luz. Huelva. SAMU Huelva. (2) Centro de Salud Espartinas.
Hospital San Juan de Dios. Bormujos, Sevilla

A-1343

LA CEFALEA VA A MÁS

R Rojas Luán, A Cantero Sandoval, JM Marín Martínez,
ME Torres Marín, I Arjona López, MJ Huertas Sánchez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

A-1344

EL HERPES ZOSTER COMO PISTA DIAGNÓSTICA

MJ Fora Romero, AM García Rodríguez, MM Blanco Magdaleno,
MJ Chavez Ríos, A Blasco Pérez, C Del Pozo Vegas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

A-1353

DOLOR GENERALIZADO DE DÍAS NO ES UNA TONTERÍA

AM Cordovilla Moreno (1), VM Madrid Ferreiro (2),
P Martínez Pérez (1), H Tejera Puente (1), A Viciano Martínez (1),
AM Perea Rodríguez (1), C Castro Fernández (1)

(1) EPHPO. Almería. (2) Hospital Santa Lucía. Murcia

A-1354

MENINGITIS POR COLESTEATOMA

MP Egea Campoy, D Rosillo Castro, C Hernández Martínez,
R López Valcárcel, E Carreño Aroca, V Jiménez Garzón,
MM de la Torre Olivares

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1357

DOLOR TORÁCICO Y DEBILIDAD EN EXTREMIDADES: ISQUEMIA MEDULAR

M Berned Sabater, A Condon Abanto, L Mateo Gallego, A Falco Callau, M March Domingo

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

A-1358

DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR Y ENDOCARDITIS

C Rubio Chacón, N Sánchez Prida, E Muro De Pinedo, I Fernández Marín, B De Miguel Campo, L Pérez Ordoño, M Cuadrado Fernández

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-1359

NO PUEDO MÁS CON ESTE DOLOR

MJ Gallego Aguilar (1), E Piñero Flores (1), M Blanca Segura (2), M Ruiz Ojeda (3), F Rico Rodríguez (4), A López Sánchez (4), E López Berrocal (5)

(1) Consultorio Bornos. Zona Básica Villamartín. Cádiz. (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba. (3) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Pozoblanco. Córdoba. (4) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba. (5) Centro de Salud Ubrique. Cádiz

A-1361

UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX INUSUAL

JJ Jaén Conde (1), A Jiménez Sánchez (1), F Tejada Lineros (2)

(1) Hospital Universitario de Valme. Sevilla. (2) Centro de Salud Espartinas. Sevilla

A-1362

FIEBRE COMO SIGNO DE ALARMA EN LUMBALGIA

E Guirado Granados, R López Díaz, V Madrid Ferreiro, S Martínez Saldumbide, F Sánchez Salmerón, A Cordovilla Moreno, M Boksan

Complejo Hospitalario Universitario Santa Lucía. Murcia

A-1363

NO ES OTRO CATARRO MÁS NI ESTÁ NERVIOSO

A Gutiérrez González, V Vázquez Rey, L Garrido Acosta, DG García Palma, MMC Villar López, L Arboleya Álvarez, CA Carrillo Chimbo

Hospital Valle del Nalón. Langreo, Asturias

A-1369

NO TODA CERVICALGIA ES OSTEOMUSCULAR. CUIDADO

A Conejero Deltell, L Andrés Berián, MJ Noguera Marín, S Jiménez Zamora, L Rojas Bueno, A López Chollet, R Faundez Mayo

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

A-1371

DISNEA CRÓNICA EN URGENCIAS

N Díaz García, L Román, P Gallego Rodríguez, L Alba Muñoz, M Hernández Egido, A Morales Rodríguez, E Machín

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

A-1372

MENINGITIS POR *STREPTOCOCCUS SUI* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MS Navarro Ruiz, M González Mozo, F Briones Monteagudo, ML Sánchez Galletero, FJ Lucas Imbernon, CL Jiménez Val, E García Atienza

Hospital General Universitario de Albacete

A-1375

TROMBOSIS MIEMBRO SUPERIOR DE REPETICIÓN EN MUJER JOVEN, SIN DATOS DE HIPERCOAGULABILIDAD

L Usieto López, P Palazón Saura, AC Cabistany Esque, MP Oliete Blanco, AM Díaz de Tuesta Chow-Quan, P Cuadra Jiménez

Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1395

DEPRESIÓN MORTAL

E Fuentes Miguel, C Milian Donet, R Castillo Rubio, A Cherino Talens,
B López Cañas, A Ramos Marzo, C Martín Pellus

Hospital de Llíria. Valencia

A-1396

¿UN CÁNCER DE ORIGEN VÍRICO?

N Canales Velis (1), MC Netto Miranda (2), MM Andrade
Barahona (3), F Boada Senciales (4), C Hurtado García (2)

(1) Hospital Comarcal de la Selva Blanes/CAP Breda. Girona. (2) Hospital
Comarcal de la Selva Blanes. Girona. (3) Hospital Comarcal de la Selva Blanes/
CAP Blanes. Girona. (4) CAP Breda. Girona

A-1398

PSITACOSIS: EL PELIGRO ESTABA EN EL ARMARIO

G Delgado Cárdenas, B Nieto Sandoval García Escribano,
MJ Gallego Durán, N Leco Gil, L Sánchez Amo, S Fernández
Fernández, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

A-1402

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE CON DIAGNÓSTICO DE ABSCESO
ESPLÉNICO ¿SIEMPRE ES DE ORIGEN INFECCIOSO?

E Lagares Santana, M Moreno Fernández, F Muñoz Lara

Hospital Regional

A-1407

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO Y FIEBRE

M Lisa Gracia, A Córdoba Alonso, S Martínez Molina,
Z Salmón González, E Cobo García, C Marcote Ibáñez, E Torres Díez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-1419

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MONOARTRITIS EN URGENCIAS

F Temboury Ruiz, B Sánchez Mesa, A Gallardo Tur, E Rosell Vergara

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-1420

MIXOMA AURICULAR Y TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN
URGENCIAS

P Sánchez Llópez, I Atienza Garrido, M García Zurita, R Díaz
Contreras, E Pascual Pastor, M Pérez Sánchez, S González Caminero

Hospital de Manises. Valencia

A-1425

SARAMPIÓN: UNA ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA A TENER EN
CUENTA

MJ Amador Tejón, BM Martínez Mengual, ME Méndez Infiesta,
MI Rodríguez Rodríguez, JR Hevia González, AI Municio Heras

Hospital Universitario San Agustín

A-1431

ESCOMBROIDOSIS

R Escalero Rodríguez, A Fernández Testa, R Aparicio Alonso,
I González Mendia

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

A-1433

CALCIFICACIONES MUSCULARES MÚLTIPLES

R Escalero Rodríguez, I Martín Ureste, R Casado Remesal,
R Aparicio Alonso, I González Mendia

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1443

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEOPLASIA DE PULMÓN

MA Zapatería García (1), J Alonso Caballero (1), Y Barroso Caballero (1), MA Pérez Gutiérrez (1), T Puras Artajo (2), L Yanguas Amatriain (3), F Arroyo Alejos (1)

(1) Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. (2) Hospital San Juan de Dios. Tudela, Navarra. (3) Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra

A-1451

TROMBOSIS DE AORTA POSTRAUMÁTICA

A Martín Páez, M Moreno Fernández, E Lagares Santana, F Muñoz Lara

Hospital Regional de Málaga

A-1454

TRAS UNA INTERVENCIÓN UROLÓGICA NO PUEDO CAMINAR

V Heras Fernández, R Arauzo Pacheco, C Briega Iglesias, G Esteban Gutiérrez, MA López López, Y Béjar Álvarez, W Humaid

Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

A-1455

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

A Rodríguez Camacho, R Hurtado Soriano, J Andrés Vera, V Reina Lora, A Barranquero Infantes, S Peña Astorga

Hosp. Univ. Puerta del Mar. Cádiz

A-1459

ENFERMEDAD DE LYME: A PROPÓSITO DE UN CASO

MM De Dios Rodríguez, C Moral Merchán, A Jimena López

Hospital Regional de Málaga

A-1479

ERITEMA FACIAL

S Martínez Saldumbide, V Madrid Ferreiro, R López Díaz, A Cordovilla Moreno, E Guirado Granados, F Sánchez Salmerón, A Díaz Pastor

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia

A-1480

DOCTORA, ME PICA TODO EL CUERPO

MM Fernández de Béjar, JI Giménez, LM González Torres, B de la Villa Zamora, L Monteagudo González, A Ortega Requena, JJ López Pérez

H. U. Reina Sofía. Córdoba

A-1481

DOCTOR, ME DUELE EL PECHO Y EL BRAZO DERECHO

M Martín Álvarez (1), J Hernández Moratalla (2), M Fuentes Jiménez (3), C Navarro Torres (4)

(1) Centro de Salud Plaza de Toros. Hospital Torrecárdenas. Almería. (2) C. S. Virgen del Mar/Hospital Torrecárdenas. Almería. (3) C. S. San Isidro/Hospital Torrecárdenas. Almería. (4) C. S. Nueva Andalucía/Hospital Torrecárdenas. Almería

A-1484

TROMBOSIS EN VENA PORTA, MESENTÉRICA SUPERIOR Y ESPLÉNICA TRAS INTERVENCIÓN POR APENDICITIS COMPLICADA CON PERITONITIS

ZM Jiménez Bretones, L Cano Alcalde, JM Martínez Ávila, J Cañizo Canto, CC Carrasco Vidoz

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-1487

VMNI EN CRISIS ASMÁTICA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

P Giráldez Martínez, P Pavón Prieto, S García Álvarez, O García Jares, J Fouce Fernández, M González Vilas

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Hospital Montecelo

A-1488

HERNIA VESICAL Y SEPSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A Morilla Alfaro, J Corona de la Puerta, JF Rodríguez Fernández, I Beltrán Rubio, M Zamora Sierra, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1490

SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN INCIERTO

C Aparicio Borrego, S Rodríguez Priego, C Soria García,
D Ferrer Serrano, A Jaldo Sánchez, E Puga Montalvo,
F Zambrano Quevedo

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

A-1493

DE LA PIEL AL DIAGNÓSTICO

EM Sena Ruiz, F Alonso Morales, M Quesada Molinos,
E Puga Montalvo

Hospital Ruiz de Alda. Granada

A-1498

¿NESTING?, SALIR A LA CALLE ES MÁS SALUDABLE

AM Abad Nieto (1), S Paredes Carcedo (1), AP Pérez Aceredillo (2),
FJ Bonilla Alonso (1), J Grünwald Ortiz (1), A Cabezón Crespo (1),
FJ Callado Moro (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos. (2) Centro de Salud de Belorado. Burgos

A-1500

TOS COMO SIGNO DE ALARMA

E Caro Vázquez, CA Yago Calderón, D Fernández Vargas,
JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, P Arribas Sánchez

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-1510

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA
QUÍSTICA DE PULMÓN EN PACIENTE JOVEN CON ABSCEOS
CEREBRALES MÚLTIPLES DE ORIGEN HEMATÓGENO
SECUNDARIO A NEUMONÍA POR GRIPE A

A Romero Conde, CA Yago Calderón, EM Espínola Coll,
E Caro Vázquez, F Tembory Ruiz, E Rosell Vergara, EM Fragero Blesa

SU. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-1511

DOLOR COSTAL LEVE POSTRAUMÁTICO

MC Rodríguez Casimiro, A Cabo López, M Bufoñ Jiméñez,
J Cano García, MC Rubio Miguel, V Morell Jiméñez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-1513

SEPSIS GRAVE SECUNDARIA A CELULITIS POR DEPILACIÓN

C Rodríguez Ramírez, A Valencia Tudor, M López Chousa,
J Valdueza Sansin

Hospital Universitario del Sureste. Madrid

A-1514

ADENOCARCINOMA PULMONAR

A Ortega Lorenzo, C Granados Lajara, R Muñiz Alonso,
M González López

Hospital General Universitario de Ciudad Real

A-1516

MUJER CON DISNEA Y ANTECEDENTE DE INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA RECIENTE

AM Abad Nieto (1), AP Pérez Aceredillo (2), A Cabezón Crespo (1),
FJ Bonilla Alonso (1), S Paredes Carcedo (1), F Callado Moro (1),
J Grünwald Ortiz (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos. (2) Centro de Salud de Belorado. Burgos

A-1517

CASO DE DENGUE EN NUESTRAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

J Jiménez Guerrero, MG Armenteros Cortés

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

A-1518

TROMBOSIS EN TÁNDEM

R González Peredo, L Campos Caubet, I Incera Alvear, E López
Uzquiza, F Fernández Díaz, E Crespo Hualde, A García-Lago Sierra

Hospital Sierrallana. Cantabria



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1524

DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE INFARTO ESPLÉNICO TRAS MONITORIZACIÓN EN UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS PACIENTE DE 55 AÑOS SIN ANTECEDENTES

P Tranche Álvarez-Cagigas, LJ Arce Segura, G Peña y Lillo, E Díaz Vera, Y López Albarrán, J Valverde Sevilla, B Fraiz Muñoz

Hospital Infanta Leonor. Madrid

A-1531

ARRIBA LA FIEBRE, ABAJO LA TENSIÓN

A Conesa Guillén, MJ Noguera Marín, E de Pablo Matesanz, A Gutiérrez García, P Sáez Bueno, GF García Ruiz-Calero, M Rodríguez Romo

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

A-1533

INTERROGO Y EXPLORO, LUEGO MEDITO

A Gómez Díaz, C Ortega Condés, M López Cano, M Molina Rivero

Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona

A-1535

UNA IMAGEN DUDOSA: EL RIESGO DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

A Ukar Naberan (1), JJ Parra Jordán (2), C Laguna Cárdenas (3), E Saiz Yoldi (4), L Fernández Vega (4), E Lino Montenegro (1), G Rijo Nadal (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)/C. S. Dávila. Cantabria.

(2) HUMV/C. S. Sardinero. Cantabria. (3) HUMV/C. S. Puertochico. Cantabria.

(4) HUMV/C. S. Cazoña. Cantabria

A-1536

GANGRENA DE FOURNIER

M Orgambides Domingo (1), D Vila Martí (2), I Vigil Megía (3), A Oltra Garay (4), MC Vázquez Basallote (5), MT Sánchez Fernández (5), R Blanes García (5)

(1) Hospital de Sagunto. Valencia. (2) Segorbe. (3) Puerto de Sagunto. (4) Sagunto.

(5) Puerto Sagunto

A-1538

ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A OPIOIDES. UN DESENLACE INESPERADO

M Muñoz Carril, E Rodríguez Gorriz, M Pérez Segrelles, JA Monzó Cárcel, S Pérez López, T Navarro Muedra

Hospital General Universitario de Valencia

A-1541

VHA COMO ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN VARONES HOMOSEXUALES

MJ Cardeñosa Cortés, Y Domínguez Rodríguez, P Matías Soler, MI Perea Casado, F Beddar Chaib, EJ García Lamberechts, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

A-1544

NEUROCISTICERCOSIS: LO QUE ESCONDE UNA CEFALEA

T Pablos Pizarro, M Gil Mosquera, P Sánchez Domínguez, F Jiménez Morillas

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-1545

BRUCELOSIS CUTÁNEA

V Rodríguez Neira, C Fernández Alonso, J Pedraz Muñoz, E García Lamberechts, R Cuervo Pinto, F Martín Sánchez, P Villaroel González-Elípe

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

A-1560

INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LEUCEMIA AGUDA

J Amor Valero, B Borraz Espejo, R González Ferrer, M Clavero Olmos, L Gagliardi Alarcón, A López Martín, P González Ferrándiz

Hospital Infanta Elena. Valdemoro, Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1563

ERRORES Y ANÉCDOTAS EN LA GUARDIA

L Fernández-Vega Suárez (1), P Carlos González (1), E Saiz Yoldi (1),
A Ukar Naberan (2), C Laguna Cárdenas (3), M Ramos Oñate (3),
J Capellades i Llopart (4)

(1) Cazoña. (2) Dávila. (3) Puertochico. (4) Sardinero

A-1565

SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN VHS

T Pérez Márquez, J Pérez Villoslada, R Medina Bustillo

Hospital Básico de Baza. Granada

A-1567

TROMBOSIS VENOSA COMO DEBUT DE ENFERMEDAD
AUTOINMUNE

T Navarro Muedra, S Arnés González, M Díaz Sanmartín,
T Hernández Verdú, A Martínez Ramírez, GF Valderas Cortés

Hospital General Universitario de Valencia

A-1568

MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER

R Medina Bustillos, T Pérez Márquez, J García Panes

Hospital Comarcal de Baza. Granada

A-1572

LO QUE LA VERDAD ESCONDE

R Estévez González, T Begoña Fernández, P Morocho Malho,
FJ Morán Gallego, M Borregón Rivilla, V Landaluze Pelligra,
C David Iglesias

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-1574

MIOPERICARDITIS SIN ALTERACIONES TÍPICAS EN EL
ELECTROCARDIOGRAMA Y SIN CUADRO VÍRICO RECONOCIDO
PREVIO

MG Rincón Carmona, Z Jiménez Bretones, C Rincón Ruiz,
O Martínez Sáez, A Herrera Marinas, FF Chen Chen, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-1575

SÍNCOPE ASOCIADO A SÍNDROME CONSTITUCIONAL CUYO
ESTUDIO REVELA INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS DISEMINADA
CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

MG Rincón Carmona, Z Jiménez Bretones, F Álvarez De Miguel,
C Sanz Plaza, O Martínez Sáez, A Herrera Marinas, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-1576

FASCITIS NECROSANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

S Fiorante, A Salvatierra, R Torres, A Viola, AM Chuchon, I Gutiérrez,
S Pérez

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-1578

ESPONDILODISCITIS EN PACIENTE ATENDIDO POR DOLOR
LUMBAR EN ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

B N Brizzi, C Fernández Alonso, ML Docavo Barrenechea-Moxó,
VC Amezueta Tiraplegui, MT Coco Carrascal, FJ Martín Sánchez,
P Villarroel González-Elipse

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

A-1580

CUADRO CATARRAL: DE BANAL A FATAL

M Rubio Mellado (1), M Prieto Giráldez (1), R Rubio Díaz (1),
A Rubio Mellado (2), S Aso Manso (1), B Moreno Torre (1)

(1) Hospital Virgen de la Salud. Toledo. (2) Complejo Asistencial Universitario de
Salamanca



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1581

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO: ESOFAGITIS HERPÉTICA

EM Prieto Piquero (1), M Deban Fernández (1), ML Pérez Otero (1), A García Muñiz (1), CM Fernández Iglesias (1), A Gil Sánchez (1), D Moro Quesada (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. (2) C. S. Teatinos. Oviedo

A-1600

LA BALA MÁGICA

S Mateos Díez (1), J Sánchez-Carpena Garrido-Lestache (1), C Rodríguez Piedracoba (2), MC Morillas Escobar (1), MS Cañamares Aranda (1), E Valpuesta Meleiro (2)

(1) Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.
(2) Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

A-1612

FIEBRE A LA VUELTA DE VACACIONES

P Pérez Martínez, EM Fernández Quijada, FA Guirao Salinas, L Strobosch Conesa, IC Sánchez López, MA García Chicano

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

A-1613

SÍNDROME TOP DE LA BASILAR: CAUSA INFRECUENTE DE ICTUS ISQUÉMICO

OA Rivera García, N Askale, P Bentacourt Martínez, J Romero Imbroda, C Olmo Azuaga, R Franco, K Ghazi Hamouti

Hospital Comarcal de Melilla

A-1616

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO

A Ruiz Álvarez (1), S Vidal Tanaka (2), I Ruiz Álvarez (3), I Olaya Velázquez (4), M De La Roz Sánchez (5), E Díaz González (6), N Fernández Sobredo (6)

(1) Hospital Universitario San Agustín/C. P. La Carriona. Asturias. (2) Hospital Universitario San Agustín/C. S. Las Vegas. Asturias. (3) Hospital Universitario Central de Asturias. (4) Hospital Universitario San Agustín. Asturias. (5) Hospital Universitario San Agustín/C. S. La Magdalena. (6) Hospital Universitario San Agustín/C. P. La Carriona.

A-1617

APLICACIÓN PRÁCTICA DE CRITERIOS DE SEPSIS-RELATED ORGAN FAILURE ASSESSMENT (SOFA) Y QSOFA EN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO DE PROBABLE ORIGEN URINARIO

J González De Abreu, L Garicano Quiñonez, C Veiga Crespo, A Dabbraccio Casanova, P Tranche Álvarez-Cagigas, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

A-1618

BROTE PSICÓTICO POR MENINGOENCEFALITIS VÍRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Oltra Garay (1), C García Gómez (1), MT Sánchez Fernández (1), M Orgambides Domingo (1), MC Vázquez Basallote (1), I Vigil Megía (1), D Vila Martí (2)

(1) Hospital de Sagunto. Valencia. (2) Segorbe

A-1619

FIEBRE DE LARGA DATA

L Lozano Romero (1), A Ocaña Granados (2), S Pueyos Rodríguez (2), JM Montero López (2), J Jurado Ordóñez (2), I Boullosa Pérez (2), MM Borge (3)

(1) Centro de Salud Motril-Este. Granada. (2) Centro de Salud San Antonio. Granada. (3) Centro de Salud Motril Centro. Granada

A-1620

CÓLICO RENAL: INFARTO RENAL

S Castejón Hernández, N Bejarano Rivera, N Blanco Hernández, M Luengo Alarcón, F Sánchez Méndez

Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona

A-1621

PUERPERIO COMPLICADO

E Pérez Pagán, A Egea Huertas, C García-Giralda Núñez, N Benítez Samuel, G Alonso Sánchez, M De la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado

Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1624

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL CONTEXTO DE UNA
PATOLOGÍA CONGÉNITA VASCULAR

O Potemkina (1), E Cano Cabo (2), M Cordero Cervantes (3),
E Prieto Piquero (4), L Siris Gonzáles (4)

(1) C. S. El Cristo-Trubia. Asturias. (2) C. S. Pol De Siero. Asturias. (3) C. S. Colloto.
Asturias. (4) C. S. Teatinos. Asturias

A-1625

ESCORBUTO

M Cordero Cervantes, C Fernández Iglesias, M Debán Fernández, ML
Pérez Otero, M Losa Pérez-Curiel, MC Borrueal Aznárez,
A García Muñiz

Hospital Universitario Central de Asturias

A-1627

¡VUELVO A TENER FIEBRE, DOCTOR!

M de la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado, A Egea Huertas, G Alonso
Sánchez, C García-Giralda Núñez, E Pérez Pagan, N Samuel Benítez

H. de Caravaca. Murcia

A-1628

BRONCOESPASMO SEVERO

M de la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado, A Egea Huertas, MP Egea
Campoy, C García-Giralda Núñez, E Pérez Pagán, N Samuel Benítez

Hospital de Caravaca. Murcia

A-1629

DOCTOR, TENGO ANSIEDAD Y ME DUELE LA PIERNA IZQUIERDA

MP Martínez Díaz (1) M Rodríguez Márquez (2), J Ramos
González (1), E Palacín Prieto (4), I Martínez Díaz (5), CA Pérez
Peñarrubia (6), AE Pérez Díaz (7)

(1) Centro de Salud La Unión. Cartagena. (2) Centro de Salud Torre Pacheco
Oeste. Cartagena. (3) Centro de Salud La Unión. Cartagena. (4) Centro de Salud
San Antón. Cartagena. (5) Servicio de Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca.
(6) Centro de Salud La Unión. Cartagena. (7) Centro de Salud Cartagena Este.
Cartagena. Murcia

A-1648

ARTRITIS DE TOBILLOS Y EXANTEMA CUTÁNEO: ¿QUÉ SERÁ?

L Cifuentes García, T Bernabeu Torregrosa, I Nakonetchnyi Tolchin,
R Matín Iborra, M Pinilla Bernechea, R Vizcaíno Pinedo, A Albiñana

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

A-1658

EL GRAN SIMULADOR

J Sánchez-Carpena Garrido-Lestache, MS Cañamares Aranda,
MC Morillas Escobar, S Mateos Díez

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

A-1671

UNA FIEBRE ATÍPICA

A Ukar Naberan (1), E Lino Montenegro (2), E Saiz Yoldi (3),
L Fernández Vega (3), C Laguna Cárdenas (4), G Rijo Nadal (4),
M Caballero Álvarez (5)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander.
(2) HUMV/C. S. Davila. Cantabria. (3) HUMV/C. S. Cazoña. Cantabria.
(4) HUMV/C. S. Puertochico. Cantabria. (5) HUMV/C. S. Isabel II. Cantabria

A-1683

MI MADRE ESTÁ MUY RARA

J Hernández Moratalla, M Martín Álvarez, C Navarro Torres,
M Fuentes Jiménez

Hospital Torrecárdenas. Almería

A-1689

TEP. EL DATO CLAVE PARA LA SOSPECHA

R Alcolea Garrido (1), M Franco Sánchez (2), A Muñoz Méndez (3)

(1) C. S. Barrio del Carmen. Murcia. (2) C. S. Floridablanca. Murcia.
(3) C. S. Murcia-Sur



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1690

UN DIAGNÓSTICO INESPERADO: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ESPONTÁNEA DE MIEMBROS SUPERIORES

C García Jiménez, N Alba Del Pozo, EM Fernández Quijada, E Molina Pérez de los Cobos, P Llor Zaragoza, D Peñalver Espinosa

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

A-1692

UN DOLOR ABDOMINAL

S Paoli, C Saavedra Menchón, C De Prados González, RL Navarro Silvente, C Espín Giménez, A Muñoz Méndez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-1693

PATRÓN MICRONODULAR EN PACIENTE CON DISNEA Y DOLOR TORÁCICO PLEURÍTICO

M Troya Carretero, GL Agüera León, M Laurenti Gómez

Centro de Salud Carranque. Málaga

A-1694

¿ALGO MÁS QUE UN CÓLICO RENOURETERAL? LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

BE Costa Martínez (1), P Andújar Brazal (1), D Peñalver Espinosa (1), MP Cánovas Sánchez (1), B Sanchís Pardo (2), MJ Tovar Peñaranda (2), M Rodríguez Romero (3)

(1) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

(2) Centro de Salud Murcia San Juan. (3) Centro de Salud Molina Jesús Marín. Murcia

A-1695

CEFALEA EN PACIENTE CON FIEBRE SIN FOCO

J Batista Cruzado, J Toral Martín, C Amodeo Arahall, W González Molina, S Escalona Rodríguez, JM López Suárez, EJ Rodríguez Lora

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

A-1700

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. LEISHMANIASIS VISCERAL Y COMPLICACIONES

I Arroyo Rico (1), S Muñoz-Quirós Aliaga (2), L Gómez Sánchez (1), MT Martín De Rosales Cabrera (1), E Calleja Nahon (1)

(1) Hospital Montepríncipe. Hospital Ramón y Cajal. Centro de Salud Monóvar. Madrid. (2) Centro de Salud Monóvar. Madrid

A-1701

UN PARAGUAS Y UN SOMBRERO

R Hurtado Soriano, J Andrés Vera, E Frutos Hidalgo, F Hernández Marín, B Gutiérrez Puertas, A Olivares Loro, A Camacho Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

A-1702

PACIENTE DE 25 AÑOS CON DOLOR TORÁCICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S Martínez García, MR Rivas Martínez, A Fernández Gómez

Complejo Hospitalario de Jaén

A-1710

TOS DE MESES DE EVOLUCIÓN: ¿UNA URGENCIA?

M Huertas Roca, MT Bru Macia, M Balboa Alonso

Centro de Salud Integrado El Campello. Alicante

A-1713

LO QUE PUDO SER Y NO FUE

M Minuesa García, M del Campo Giménez, M Ruipérez Moreno, FJ Lucas Galán, JA Castillo Serrano, F Briones Monteagudo, EM García Atienza

Hospital General Universitario de Albacete



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1731

PACIENTE JOVEN: INFECCIÓN RESPIRATORIA QUE NO MEJORA...

A Marco Berná, C López Alarcón, P Abellán García,
AI Ortega Requena, N Rodríguez García, B de la Villa Zamora
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-1732

IMPORTANCIA DE LA IMAGEN EN URGENCIAS.
CUANDO EL VIH ESCONDE ALGUNA SORPRESA...

C González De la Portilla-Conc, A Abril Molina, J Rodríguez Ortuño,
O Muñoz Muñoz, E García Díaz, M Zamora Sierra
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

A-1736

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN CON COLAPSO COMPLETO
SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA

M Martínez López (1), A Lax Hernández (1), E Rodríguez
Fernández (2), MJ Escudero Fernández (2), SJ Conde Caverio (2),
MJ Martínez Cutillas (3), A Miró Andreu (4)
*(1) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. Centro de Salud Mario
Spreafico. Archena, Murcia. (2) Centro de Salud Mario Spreafico. Archena, Murcia.
(3) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. (4) Hospital Universitario
Reina Sofía*

A-1737

PRUEBAS A CIEGAS: CUANDO ENCUENTRAS UN TEP
(TROMBOEMBOLISMO PULMONAR) QUE NO BUSCAS

A García Rodríguez, C Moreira da Silva, L Onieva Gil,
F Rodríguez Zambrano
Consorci Sanitari de la Anoia. Barcelona

A-1738

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

JJ López Pérez (1), A Ortega Requena (1), P Abellán García (1),
JI Giménez (1), FM Lafuente Salanova (2), A Mellado Ferrández (1)
(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (2) C. S. Santomera. Murcia

A-1740

NEUMONÍA INTERSTICIAL BILATERAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO

A Alfayate Torres, M Latorre Palazón, J Ferrández Rodríguez,
J Ruiz Casquet, A Montenegro Moure, J Zieleniewski Centenero
Hospital Morales Meseguer. Murcia

A-1741

DIAGNÓSTICO DE LA SEPSIS EN URGENCIAS:
ESCALA QUICKSOFA

A Abril Molina, C González De la Portilla-Conch, J Rodríguez Ortuño,
E Pérez García, F Guerrero Márquez
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

A-1742

DOLOR Y DEBILIDAD EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES

J Cano García, D Diz González, MC Rodríguez Casimiro,
M Martínez Ibáñez, M Buforn Jiménez, A Cabo López
Hospital de Antequera. Málaga

A-1743

¡NO TODO ES NEUMOCOCO!

M Rodríguez Ordóñez (1), P Molina García (2), Y Sow Lanzas (3),
C García García (4), MI Luna Valero (5)

*(1) Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga. (2) Adjunta Urgencias Hospital Ramón y
Cajal. Madrid. (3) Centro de Salud Miraflores. Málaga. (4) Centro de Salud Puerta
Blanca. Málaga. (5) Centro de Salud Coin. Málaga*

A-1744

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

D Zalama Sánchez, E Serrano Lacouture, TG Vázquez del Águila, J
Cheyaheb Morán, C del Pozo Vegas, JV Esteban Velasco,
S de Francisco Andrés
Hospital Clínico Universitario de Valladolid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1747

CAUSA INFRECUENTE DE EXOFTALMOS UNILATERAL

D Santamaría Amat, M Jimena García, JM Krivocheya Montero,
B Corbi Pino, S Morales Sánchez, FM Pepe

Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: pseudotumor inflamatorio-inflamación orbitaria-tomografía axial computarizada

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de un varón de 15 años de edad sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por importante inflamación palpebral ojo derecho de una semana de evolución, acompañado de dolor intenso retroocular y diplopia que ha ido progresando. En la anamnesis se descubre que el paciente tuvo episodio similar aunque menos llamativo en los 2 meses previos que cedió tras la administración de corticoides orales pautados por su médico. A la exploración agudeza visual 10/10 en ambos ojos, limitación a la aducción y elevación del ojo, reflejos pupilares normales, masa no dolorosa palpebral superior mal delimitada y no reductible. Se solicita analítica completa y Tomografía Axial Computerizada (TAC) orbitario que mostró engrosamiento del recto interno y recto superior con afectación tanto del vientre como de las inserciones musculares. La analítica resultó anodina. Ante estos datos se diagnostica Pseudotumor orbitario por lo que se inició tratamiento corticoideo intravenoso y se realizó ingreso en Oftalmología. El paciente permaneció ingresado durante 10 días con buena respuesta, desapareciendo la limitación de la mirada, la diplopia, el exoftalmos y el dolor. Por lo que fue dado de alta permaneciendo en revisiones posteriores asintomático.

CONCLUSIONES:

- El Pseudotumor orbitario es una entidad clínica poco frecuente de naturaleza inflamatoria que afecta a la órbita de forma difusa, difícil de diferenciar de un tumor orbitario.
- Representa un 5-6% de la patología orbitaria, siendo más frecuente en adultos.
- Se trata de un cuadro con una afectación muy llamativa del ojo por lo que genera gran angustia al paciente.
- Supone un reto diagnóstico en urgencias al no existir un cuadro patognomónico. La clínica varía desde proptosis asintomática hasta diplopia, dolor periocular y pérdida de visión.
- Para el diagnóstico de esta patología sólo se precisa exploración ocular básica y TAC, por lo que es importante mantener una alta sospecha clínica en Urgencias.
- Destacamos la importancia del TAC en el diagnóstico diferencial de las inflamaciones oculo-palpebrales.
- Se debe sospechar ante la afectación unilateral ocular, para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

P-1758

CÓDIGO ICTUS: DISECCIÓN DE AORTA

C Pérez Fernández, M Pons Claramonte, L Veneros Luzuriaga,
P Mascarell Oriola, Y Ruiz Vidal, J Vega Calveres, A Dorca Josa

SUM (Servei Urgent Medic) Andorra

PALABRAS CLAVE: carotid artery, internal, dissection-stroke-neurologic examination

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Niña de 8 años que avisa a emergencias porque su madre está acostada en el suelo. A la llegada del soporte vital avanzado (SVA) a domicilio, mujer de 47 años, consciente, orientada, refiere náuseas y mareo, ha tenido un vómito, no mordida de lengua ni relajación de esfínteres. No refiere dolor. Valoración inicial: A-La paciente habla. B-Ventilación simétrica en ambos campos pulmonares. C-Buena coloración muco-cutánea. Pulso radial presente. No sudoración. D-Paciente Alerta. Pupilas normo-reactivas. E-Normo térmica. Sin alteraciones en extremidades. Constantes iniciales: TA: 115/78 FC:95 FR:26 Tª:36,0 Sat:96,0 Glucemia:120 SAMPLE: S- Avisa por posible síncope. Mareada con náuseas. A-No alergias conocidas. M-En tratamiento con Renitec y Adalat. P-Hipertensa conocida. L-Última ingesta hace 4h. E-No refiero ninguna molestia. A la llegada al hospital, al trasladarla a la camilla la paciente no puede mover el brazo izquierdo, se repite la exploración neurológica donde se confirma monoplejía extremidad superior izquierda y desviación de la comisura labial. Conservada la sensibilidad. Se activa código ICTUS. EKG sin alteraciones del ritmo. Se realiza TAC de craneal: Se cursa analítica y se avisa a la UCI. - IV ventrículo centrado. - Cisternas basales libres. - Sistema ventricular, centrado y normal. - Parénquima, normal. - Surco de la convexidad, normales Examen simple actual, dentro de límites normales. Se informa a la paciente, firma consentimiento y se traslada a UCI para realización de fibrinólisis. Post-fibrinólisis, la paciente realizada hipotensión e inestabilidad hemodinámica. Se realiza ECO-Fast torácica y SVA En ECO-FAST: Se objetiva hemopericardio. Se realiza punción pericárdica con extracción 50ml de sangre. -Se realiza TAC torácico con contraste: - Disección aneurisma de la aorta ascendente con flap intimal desde las válvulas hasta la aorta torácica descendente. - Disección probable de la carótida primitiva derecha. - Hemopericardio, hemomediastino y hemotórax bilateral - Aorta abdominal normal Vuelve a UCI donde la paciente realiza parada cardiorespiratoria. Se realizan maniobras de reanimación sin éxito.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico diferencial de disección de aorta/carótida hay que tenerlo presente en toda sospecha de código ICTUS de carácter isquémico y deberíamos plantearnos la realización de TAC desde niveles supraaórticos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1763

HIPOGLUCEMIA COMO EFECTO SECUNDARIO A LEVOFLOXACINO

MJ Morales Sánchez, S Morales Sánchez, JV Palomo Carvajal, E Navarro Guerrero, J Krivocheya, M Jimena García, D Santamaría Amat

Hospital de Melilla

PALABRAS CLAVE: hipoglucemia-quinolona-levofloxacin

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente que acude por episodio de mareo y sudoración profusa sin dolor ni otra sintomatología. No presenta antecedentes personales de interés. Recibe tratamiento con Levofloxacin por Neumonía Adquirida en la Comunidad desde hace 4 días. Se encuentra muy sudorosa, con ligera agitación psicomotriz y con malestar general y se detecta cifras glucémicas disminuidas (DTT 35 mg/dl) que remonta fácilmente con la administración de glucosa intravenosa. La paciente mejora clínicamente, desapareciendo la sintomatología, aunque a lo largo de la estancia en urgencias presenta tendencia a la hipoglucemia. Presenta analítica dentro de parámetros de la normalidad, salvo la glucemia que esta baja. Asintomática al alta.

CONCLUSIONES:

La hipoglucemia secundaria a la toma de levofloxacin es una reacción adversa muy rara según ficha técnica del fármaco. El mecanismo se produce por inhibición de los canales de Katp de los islotes de Langerhans que aumenta el influjo del calcio y liberación de vesículas repletas de insulina. El efecto es similar al producido por las sulfonilureas. Si se produce esta reacción adversa, suele ser en pacientes con insuficiencia renal no siendo así en el caso presentado. Por lo que la incidencia es aun menor, dando mayor importancia al caso presentado. Nos hace plantear un uso razonado de los medicamentos.

P-1765

FIEBRE Y ARTRALGIAS

MB Molto García, L Escamilla Ramos, GM García Lucena

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: adenopathies mediastinum-fever-joint pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 21 años de edad que acude al SU por fiebre, decaimiento y artralgias de dos días de evolución. Se le realizan como pruebas complementarias un hemograma, donde solo llama la atención la presencia de leucocitosis, con desviación izquierda, y una bioquímica con PCR en el límite alto de la normalidad. En la Rx tórax, poco inspirada y algo rotada se evidencia mínimo ensanchamiento mediastínico, y un infiltrado incipiente en la base derecha, sin otros hallazgos aparentes. Se procede al alta con antibiótico. La paciente, acude de nuevo a urgencias, por persistencia de fiebre (40°C) junto con dolor osteoarticular. Exploración: Regular estado general, hemodinámicamente estable (FC: 100 lpm, TA: 120-70 mmHg, SO₂: 98%, FR: 13 rpm), auscultación cardíaca normal, y respiratoria con mínimo roncus en base derecha con buena ventilación. Exploración abdominal anodina. No se palpan adenopatías cervicales, submandibulares, ni inguinales. Faringe mínimamente hiperémica sin otros hallazgos. Otoscopia normal. Neurológicamente sin hallazgos. Destaca una leucocitosis 18750 (87% PMN), bioquímica y transaminasas normales. PCR 87, orina negativa, coagulación normal. Rx de tórax: Ensanchamiento mediastínico mínimo, e infiltrado en base derecha en resolución con respecto a rx tórax anterior. Rx de abdomen: normal. Antígeno Gripe A y B negativos. Baciloscopia en esputo negativa. Los hemocultivos y urocultivos fueron negativos. Serologías para VEB, CMV, Brucella, Salmonella, VIH y Toxoplasma: negativos. Mantoux negativo. TAC tórax y abdomen: presencia de múltiples adenopatías en mediastino anterior, la de mayor tamaño 1,5cm sugerente de proceso linfoproliferativo. Restos de infiltrado en base derecha sin derrame asociado de probable origen infeccioso (confirmar con la clínica). Abdomen normal. Biopsia ganglionar: neoplasia de tejido linfóide, con disposición nodular, acúmulos de células de tipo histiocitario con características de células de Reed Stenberg de la variedad lagunar. Finalmente se llegó al diagnóstico de Linfoma Hodking clásico, tipo esclerosis nodular. Se decidió ingreso con ciclos de quimioterapia, con mejoría de los síntomas B y remisión posterior de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

Es importante tener en cuenta los distintos diagnósticos diferenciales que los síntomas fiebre y artralgias presentan. Entre ellos: Infección vírica o bacteriana, neoplasias sólidas, enfermedades sistémicas inflamatorias o reumáticas, e incluso vasculitis tipo la poliarteritis nodosa.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1766

NO TODOS LOS GUÍÑOS SON PARA LIGAR

JL Sánchez Rocamora (1), MA Callejas Montoya (1),
AR Lindo Noriega (1), G Fuentes Rodríguez (1), I Mora Escudero (2),
I Alcantud González (2), F Pérez Gómez (2)

(1) Hospital General Villarrobledo. Albacete.

(2) Hospital General Universitario de Albacete

PALABRAS CLAVE: horner-carotida-ptosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 47 años bebedor moderado sin otros antecedentes de interés que presenta ptosis y cefalea hem craneal derecha de una semana de evolución con empeoramiento progresivo. En la exploración presenta miosis reactiva y ptosis derecha así como paresia del par XII. Se le realizó estudio con analítica, TAC, duplex TSA y duplex TC sin hallazgos, por lo que se solicitó RMN durante el ingreso objetivándose disección de carótida pre-petrosa derecha.

CONCLUSIONES:

La triada clásica del Síndrome de Claude-Bernard-Horner consiste en miosis, una ptosis por afectación del músculo de Müller y una anhidrosis facial del lado afectado. Puede clasificarse en congénito y adquirido destacando la forma dolorosa de ésta última como una emergencia por su relación con la disección carotídea. La importancia de este caso radica en su presentación infrecuente y baja prevalencia así como la gravedad que puede acarrear dado la simplicidad de síntomas, que obliga al médico a relacionarlos de manera que pueda dar con la prueba complementaria adecuada ya que, como hemos visto, hasta la realización de la RMN no fue posible llegar a un diagnóstico etiológico. El síndrome de Horner se puede asociar a patología carotídea como es nuestro caso, así como neoplasias pulmonares (por ejemplo tumor Pancoast). En nuestro paciente, el tratamiento fue conservador dada las características de la disección. Por todo ello, consideramos que una atención multidisciplinar sea capaz de asegurar un adecuado seguimiento del paciente.

P-1768

MIGRAÑA HEMIPLEJÍA ESPORÁDICA. LA GRAN SIMULADORA

FJ Garriguet López, FJ Vara Morate, MC Soriano González,
T Pulgarín Romero, R Mohedano Mohedano, A Perales Castellano,
JJ Cota Medina

Hospital Alta Resolución Valle del Guadiato. Córdoba

PALABRAS CLAVE: migraine disorders-headache-ictus

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 36 años de edad que acude a nuestro servicio de urgencias por presentar cuadro de inicio brusco de dificultad para la articulación del lenguaje, desviación de la comisura bucal, pérdida de fuerza y sensibilidad en miembros derechos, acompañado de cefalea en región occipitocervical que la califica como sensación de quemazón, no refiere náuseas, ni vómitos, sin alteraciones visuales. Como antecedentes personales destacan exalcoholismo desde hace 3 años, así como síndrome depresivo, en tratamiento con disulfiram, trazodona y topiramato. En la exploración física destaca una acentuada parálisis facial derecha, con hemiparesia derecha e hipoestesia del mismo lado, marcha inestable con romberg positivo con caída siempre a la derecha. Se catalogó como NIHS de 6 puntos, se activó código ICTUS y se derivó en helicóptero a Hospital de referencia. En Hospital Reina Sofía de Córdoba realizan TAC cráneo que es rigurosamente normal, permanece ingresado en la unidad de Neurología con mejoría progresiva, practican RMN, así como angioresonancia sin evidencias de patología alguna, y es diagnosticado de Migraña Hemipléjica, siguiendo sus controles en Consultas Externas de Neurología y asintomático hasta el momento actual, en tratamiento con AINES en episodios de cefaleas leves.

CONCLUSIONES:

La paciente presenta un cuadro clínico que cumple con los criterios diagnósticos de Migraña Hemipléjica. Por no presentar antecedentes familiares de la misma, se diagnostica Migraña Hemipléjica esporádica. El accidente cerebrovascular y las crisis epilépticas son los principales. La reversibilidad de la sintomatología y en este caso una angiorresonancia magnética normal descarta la presencia de un accidente cerebrovascular y si bien el Gold standard para el estudio de las malformaciones vasculares es la arteriografía, la resonancia con angiografía es una herramienta diagnóstica útil y no invasiva. Respecto al tratamiento, los simpaticomiméticos como los derivados ergotamínicos y los triptófanos están contraindicados en la migraña hemipléjica, por su efecto vasoespástico. Existen evidencias científicas sobre el uso de Verapamilo y Flunarizina como tratamiento profiláctico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1771

PARESTESIAS COMO SÍNTOMA INICIAL DE UNA MIELITIS INFLAMATORIA

B García Marina, R Parada López, L Cano Alcalde, C Hidalgo Collazos, JA Penedo Arrugueta, J Cañizo Canto, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: mielitis-parestesia-neurología

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 30 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por presentar desde hace 15 días alteración sensitiva en yemas de los dedos I-III en forma de parestesias hormigueantes y posteriormente sensación de acorchamiento, con progresión de los síntomas lentamente en los días siguientes hasta afectar a mitad radial de la palma y eminencia tenar, región dorsal de los dedos I-III, hasta la muñeca, y posteriormente aparición de los mismos síntomas en cara lateral del brazo y hombro ipsilaterales, región lateral del cuello y hemicráneo derechos y región pectoral anterior. No déficit de otro tipo ni a otro nivel. Exploración Física Anodina salvo Sensitiva superficial con hipoestesia en región de hemicráneo derecho (posterior), concha del pabellón auricular, ángulo mandibular, mitad lateral derecha de cuello y región pectoral ipsilateral, y mitad radial de palma y dedos I-III por ambas caras (con predominio volar sobre dorsal). Se realiza analítica con PCR y CT de cráneo sin alteraciones. Dado la progresión de la clínica se decide ingreso y se inicia estudio mediante analítica extensa que incluye serologías y perfil de autoinmunidad que no muestra alteraciones relevantes, RM cráneo-cervical que muestra lesión medular posterolateral derecha captante de contraste a la altura de C2 compatible con mielitis aguda y una lesión supratentorial subcortical izquierda de aspecto inespecífico.). Tras realización de RM se ha procedido a completar estudio mediante punción lumbar realizada sin incidencias. Tras realización de punción lumbar se inicia tratamiento con corticoterapia a altas dosis, con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES:

Conclusión: ante una patología aparentemente banal e inespecífica como son las parestesias en urgencias nos debemos plantear que ciertos indicadores pueden ser criterio de ingreso y ampliación de estudio. En este caso pese a la normalidad de las pruebas complementarias, el paciente presentó una clínica progresiva y coincidente con territorio C2-C7 por lo que se decidió ampliar estudio con RMN y otras pruebas complementarias. El diagnóstico diferencial se establece con entidades infecciosas y con autoinmunes, siendo todas las analíticas negativas, estableciendo como diagnóstico Mielitis aguda inflamatoria cervical (C2-C3) idiopática, con mejoría clínica tras administración de corticoterapia.

P-1772

APENDAGITIS EPIPLOICA

I Donoso Guisado (1), L Carbajo Martín (2), A Sánchez Sánchez (1)

(1) Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla. (2) Hospital de Valme. Sevilla

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-appendicitis-abdominal injuries

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 56 años, con Antecedentes Personales: SIN ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS, No HTA, No DM, No DLP, Fibromialgia, Litiasis biliar, Hernioplastia Inguinal izquierda, Hidrosadenitis Axilar izquierda intervenida, Exfumador, bebedor ocasional, que tras realizar esfuerzo en su trabajo al coger una caja pesada que le golpea en el abdomen, comienza con dolor abdominal continuo generalizado no irradiado, náuseas sin vómitos, no alt. del tránsito GI, afebril. Es atendido en su mutua de accidentes laborales de donde es derivado a nuestro servicio para completar estudio. A la exploración destaca abdomen blando y depresible, palpación periumbilical superior izquierda discretamente dolorosa donde se palpa tumoración. RHA conservados, no signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Se le realiza ECO abdominal urgente: Esteatosis hepática sin lesiones focales. Colelitiasis única. Vías biliares, páncreas, bazo, ambos riñones, vejiga, próstata y Aorta abdominal sin hallazgos significativos. Hernia umbilical y hernia inguinal izquierda, ambas con contenido graso y sin signos de complicación. Aumento de la ecogenicidad de la grasa intraperitoneal, situada en profundidad al músculo recto anterior a nivel del vacío izquierdo, que coincide con la zona referida por el paciente. Se completa el estudio con TC abdominal sin contraste. El hallazgo ecográfico se corresponde con una zona de unos 5 cm de diámetro de aumento de la densidad de la grasa intraperitoneal en vacío izquierdo, inmediatamente por detrás del músculo recto anterior. A valorar como primera posibilidad apendagitis epiploica

CONCLUSIONES:

La apendagitis epiploica primaria es una enfermedad relativamente infrecuente dentro de los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo. Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas que nacen en la superficie serosa del colon y se proyectan hacia la cavidad peritoneal desde el ciego hasta la unión recto sigmoidea. Existen de 50 a 150 apéndices epiploicos, siendo más abundantes en el colon izquierdo y prácticamente inexistentes en el recto. El tratamiento es ambulatorio con AINEs. Las complicaciones son raras: torsión del apéndice inflamado o adherencia a otra víscera ocasionando obstrucción o formación de absceso. Consideramos que su conocimiento por parte del médico clínico es relevante para evitar errores diagnósticos y terapéuticos que incrementan de forma innecesaria la morbilidad como así el uso inadecuado de antibióticos y de recursos hospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1774

ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

FJ Tamargo Miguel (1), A Martín Suárez (1), JA Méndez López (1),
AV Montes Prieto (2), I Ordiz Álvarez (2)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. (2) Hospital de Jove. Gijón

PALABRAS CLAVE: hipoestesia-mielitis-esclerosis múltiple

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 35 años, fumador de 20 cigarrillos/día, con antecedentes de neumotórax izquierdo, contusión y enfisema pulmonar por traumatismo torácico secundario a accidente de tráfico. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Acude al Urgencias por presentar en las dos últimas semanas adormecimiento ascendente de ambos miembros inferiores que ha ido progresando lentamente afectando a la sensibilidad del área genital y abdominal. No déficit motor. No clínica esfinteriana ni a otros niveles. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Hemodinámicamente estable, lenguaje normal, pares craneales normales, fuerza y tono muscular normal, reflejos musculares presentes y simétricos. RCP flexores, hipoestesia en miembros inferiores y región abdominal con nivel sensitivo T8. Pruebas cerebelosas normales. ACP: normal. Abdomen sin hallazgos. Extremidades inferiores sin signos de trombosis venosa profunda. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hemograma, bioquímica y coagulación dentro de límites normales. Análisis del LCR normal. TAC craneal sin alteraciones significativas. RM columna cervical y dorsal: lesiones hiperintensas a nivel medula C3, C4-C5, C5-C6 y T2-T3. RM craneal: múltiples lesiones hiperintensas a nivel de unión bulbo protuberancial y pedúnculo cerebeloso medio izquierdo, así como supratentoriales de predominio periventricular, compatibles con enfermedad desmielinizante. Potenciales evocados somatosensoriales: marcada asimetría internado, expresada por una afectación del potencial obtenido en el lado derecho. **Diagnóstico:** Mielitis cervical secundaria a enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple.

CONCLUSIONES:

La esclerosis múltiple (EM), también conocida como mielopatía desmielinizante, es una enfermedad caracterizada por la aparición de lesiones desmielinizantes, neurodegenerativas y crónicas del sistema nervioso central. Los síntomas de presentación son variados aunque los más frecuentes son: hormigueo, debilidad, falta de coordinación (ataxia), alteraciones visuales, rigidez muscular, trastornos del habla (disartria), andar inestable, entre otros. No en todos los pacientes se manifiestan todos los síntomas ni durante el mismo tiempo. Presentamos este caso por lo atípico en la forma de presentación y la evolución del mismo, lo que obliga a hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades de presentación similar.

P-1775

ENFERMEDAD DE ADDISON

CM Oliva Moreno, I Simón Prado

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: insuficiencia suprarrenal-diagnóstico-enfermedad autoinmune

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 15 años sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por referir dolor abdominal intenso y vómitos incoercibles a pesar de ser diagnosticada en días anteriores de un proceso gastrointestinal. Refiere astenia de tiempo de evolución con periodos de agudización con los exámenes acompañado de pérdida de peso que no sabe precisar y pérdida de apetito. Se siente apática y con trastornos del ánimo. **Exploración Física:** TAS: 90 TAD: 50 T°C: 37,3 Regular estado general, deshidratación leve-moderada, consciente orientada y colaboradora. Se observa pérdida de vello axilar y pubiano y la paciente refiere no realizarse láser. ACP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: dolor generalizado a la palpación profusa. Extremidades: no edemas, pulsos simétricos y conservados, no signos de trombosis venosa profunda. **Pruebas complementarias:** Bioquímica: hiponatremia, hiperkalemia, hipercalcemia. Hemograma: Anemia normocítica, leucocitosis y eosinofilia moderada. ECG: normal. Radiografía de Tórax: normal. Ante el mal estado de la paciente se decide ingresar en Medicina Interna, los cuales amplían el estudio analítico: niveles de cortisol y aldosterona: los cuales son bajos y pidiendo un prueba de estimulación de ACTH donde se confirma el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal al evaluar la capacidad de las suprarrenales para producir esteroides, que están ausentes o disminuidos tanto en sangre como en orina. **Juicio clínico:** Enfermedad de Addison. **Diagnóstico diferencial:** -Dermopatía crónica o hemocromatosis -Síndrome de Peutz-Jeghers -Trastornos neuropsiquiátricos -Síndrome de secreción inapropiada de ADH... **Tratamiento:** -Cortisol 20 mg (tomando 2/3 de la dosis por la mañana y 1/3 al finalizar la tarde). -Fludrocortisona 0,1 ml al día junto con un aumento de la ingesta de sal diaria de 3-4 g. -Control de peso, de tensión arterial, y analíticas de control (sodio, potasio, urea y creatinina).

CONCLUSIONES:

La baja incidencia de la enfermedad de Addison, su lenta progresión, la inespecificidad de los síntomas de presentación y en no pocas ocasiones la ausencia de desarrollo completo de la triada típica clásica de hiperpigmentación, hipotensión e hiponatremia, hacen de esta enfermedad un auténtico reto diagnóstico. El resultado de todo ello es el deterioro de la calidad de vida del paciente incluso durante años y el riesgo añadido de verse expuesto a sufrir un evento grave como es la crisis adisoniana, de ahí la importancia de un diagnóstico lo más precoz posible que nos permita el inicio de su tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1776

SÍNDROME MICCIONAL Y DOLOR LUMBAR COMO CLÍNICA DE ANEURISMA ABDOMINAL ROTO

M Blanco Anguís, L Gómez Rodríguez, I Parra Torres

Urgencias. Hospital Civil de Málaga (pabellón C de Hospital Regional Universitario de Málaga)

PALABRAS CLAVE: abdominal aneurysm-miccional syndrome-lumbar pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Varón de 67 años fumador y bebedor. Hipertenso, diabético, cardiópata y con antecedentes de orquiepididimitis en tratamiento antibiótico actual. Acude a urgencias por sus propios medios por cuadro de malestar general y dolor en ambas fosas renales de tres días de evolución, acompañado de síndrome miccional sin fiebre y con vómitos. Niega dolor abdominal. Durante su estancia en urgencias presenta empeoramiento de su estado general por lo que ingresa en el área de observación. Exploración física: Afectación del estado general, palidez, sequedad de piel y mucosas, eupneico. Tensión arterial 115/89, 94 latidos por minuto, saturación oxígeno basal 97%, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, distendido, con molestias en hipogastrio, sin peritonismo y puñoperCUSión renal bilateral dolorosa. No edemas en extremidades inferiores. Pulsos distales presentes y simétricos Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Leucocitosis con neutrofilia, glucemia 491 mg/dl, urea 28, creatinina 1,58, hipertransaminasemia, ácido láctico 7,8. Leucocitos y hematiés positivos en orina. Ecografía abdominal: líquido libre entre duodeno y aorta y en lecho vesicular. Aorta abdominal con dilatación aneurismática y calcificaciones en su pared. Angio-TAC: rotura de aorta abdominal infrarrenal con hematoma retroperitoneal en cuantía importante. Juicio clínico: Rotura de aorta abdominal Evolución: Se procede a intervención quirúrgica urgente con colocación de prótesis aórtica y realización de by-pass fémoro-femoral. Discusión: El aneurisma de la aorta abdominal 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. Su rotura es la mayor consecuencia clínica y tiene una mortalidad global cercana 90%. La localización infrarrenal es la más frecuente presentándose en estos casos como dolor lumbar y síntomas urinarios.

CONCLUSIONES:

En el caso que exponemos la sospecha clínica inicial podría confundirnos con pielonefritis aguda. El deterioro progresivo que sufrió el paciente nos llevó a una reevaluación del mismo y a la solicitud de pruebas complementarias específicas para realizar diagnósticos diferenciales pudiendo concluir con un rápido diagnóstico final. Esto nos permitió actuar inminentemente y con éxito.

P-1777

HEMORRAGIA DIGESTIVA Y PATOLOGÍA AÓRTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A Grasun (1), F Mateos Chaparro (1), M Andrés Gómez (1), E Grasun (2), A Azagra Calero (3), R López Sánchez (3)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) SCS. Gerencia Atención Primaria. (3) SCS. Unidad Docente Atención Primaria

PALABRAS CLAVE: síncope-hemorragia digestiva-fístula aorto-entérica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso: Paciente varón de 76 años traído por servicio 061-UVI a Urgencias por síncope y hematemesis. Según refieren los médicos del 061-UVI, el paciente sufrió en su domicilio un episodio de síncope asociado a malestar general y durante su traslado al hospital presentó un episodio de hemorragia digestiva alta (HDA) en forma de hematemesis. Como antecedentes personales resalta: hipertensión arterial (HTA), EPOC, úlcus gástrico previo, Sd. de Leriche con By-pass aorto- bifemoral e injerto bifurcado de Dacron (2015). Exploración y pruebas complementarias: El paciente llega hemodinamicamente estable a Urgencias, pero su situación clínica empeora al llegar, presentando hipotensión marcada, hematemesis con sangre digerida y hematoquecia. Se canalizó una vía central con inicio de fluidoterapia intensa, se solicitó hemoderivados y se inició la perfusión de inotrópicos. Una vez establecido el paciente se realizó la endoscopia alta (EDA), que no objetivó sangrado activo en estómago, pero en el duodeno se visualizó un cuerpo extraño de morfología tubular en su contenido. Posterior a la EDA, vuelve a inestabilizarse tras nuevo episodio de HDA, seguido de parada cardio-respiratoria (PCR/actividad eléctrica sin pulso), por lo que se inició la resucitación avanzada e intubación del paciente. La RCP duró aproximadamente 7 minutos hasta recuperación de pulso. Posteriormente, el paciente fue intervenido por Cirugía Cardiovascular y Cirugía General quienes objetivaron una fístula entre la prótesis aórtica a nivel proximal y duodeno. El paciente falleció tras permanecer 10 días en la UCI, debido a un nuevo episodio de HDA y bajo la petición de la familia de no realizar nuevas intervenciones quirúrgicas. Juicios clínicos: HDA masiva. Shock hemorrágico. PCR reanimada. Fístula aórtico- entérica. Diagnóstico diferencial: HDA por úlcera péptica, malformaciones vasculares, neoplasia.

CONCLUSIONES:

La fístula aorto-entérica (FAE), fue descrita por primera vez a principios del siglo XIX y es una entidad médica infrecuente, pero potencialmente mortal. La FAE se define como una conexión anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal tras el contacto íntimo continuo. En la práctica clínica diaria tenemos que tener en cuenta esta situación clínica, para poder actuar de forma rápida y adecuada y no exponer al riesgo la vida de nuestros pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1778

HIPERCALCEMIA MALIGNA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO EN PACIENTE CON NEOPLASIA ENDOMETRIAL

K Torres Reyes, L Peries Reverter

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

PALABRAS CLAVE: hipercalcemia-trastornos endocrinos-neoplasia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 54 años sin antecedentes, en estudio por probable neoplasia de endometrio. RMN pélvica describe neoplasia uterina con extensa afectación local y diseminación ganglionar y ósea). Consulta por malestar general progresivo con astenia, anorexia, náuseas y vómitos. TA 124/83 mmHg, FC 108 bpm, FR 20 rpm, SatO2 98%, T° 36.4 °C. Regular estado general, palidez cutánea. Masa hipogástrica dolorosa a la palpación. Radiología de tórax con infiltrado intersticial nodular bilateral de predominio bibasal sugestivo de linfangitis carcinomatosa. Analítica con hipercalcemia corregida de 16.4 mg / dL, hipopotasemia de 2.2 mEq / L y alteración del perfil hepático de predominio colestásico. Electrocardiograma con taquicardia sinusal con descenso difuso del segmento ST en V3-V6 y DII-DIII, QTc 300-310 mseg. Diagnóstico: Hipercalcemia grave tumoral en relación a probable neoplasia de endometrio con extensa afectación local, diseminada a ganglios y hueso, probablemente hepática y pulmonar. Evolución: En urgencias se inicia tratamiento corrector con suero fisiológico 1000 ml + cloruro potásico 10 mEq + furosemida 20 mg cada 4 h por vía endovenosa, junto con dosis única de zoledronato 4 mg endovenoso e hidrocortisona 100 mg cada 8 h endovenoso. A las 4 h se realiza control analítico donde se aprecia calcio 16 mg / dL (corrección total 0.4 mg / dL), segundo control analítico a las 10 h de inicio del tratamiento donde se observa calcio 15.1 mg / dL (corrección total 1.3 mg / dL). Se decide ingreso a Medicina Interna para continuar tratamiento corrector y estudio de extensión. Es diagnosticada, por anatomía patológica de carcinoma de endometrio poco diferenciado de alto grado (probablemente escamoso) con extensa necrosis tumoral. La paciente es éxitus 7 días después de la consulta en urgencias.

CONCLUSIONES:

Hipercalcemia tumoral: síndrome paraneoplásico más común de los tumores malignos. (20-30%). Instauración rápida síntomas inespecíficos como letargia, vómitos, náuseas, en el ECG acortamiento del QT. Pronóstico pobre con media de supervivencia de solo 4-8 semanas tras el diagnóstico de Hipercalcemia de malignidad. El tratamiento se basa en restaurar el volumen intravascular, en el caso que los niveles de calcio sean mayores de 12 mg/dL se requiere inhibir la actividad osteoclástica, para lo que se podría utilizar bifosfonatos o calcitonina. El uso de corticoides es más efectivo en el caso de neoplasias hematológicas y enfermedades granulomatosas.

P-1779

¿QUÉ SE PARECE A UN CÓLICO RENAL COMPLICADO?

Y Aranda García, L Díaz Vidal, M Sánchez Pérez, MJ Estévez Rueda, R Penedo Alonso, AF Braña Cardeñosa

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: cólico-masa-adrenal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 61 años que acude al SU por dolor dorsolumbar izquierdo que se incrementa con la inspiración y el movimiento y se irradia a epigastrio, sin fiebre termometrada y sin síndrome miccional asociado. La paciente refiere cólicos renouretrales de repetición, pero el dolor actual lo identifica diferente. Antecedentes Personales: HTA, DL, FA anticoagulada, No DM Exfumadora desde hace 15 años Intervenciones Quirúrgicas: Histerectomía, amigdalectomizada, ooforectomía. No alergias medicamentosas conocidas Tratamientos previos: Sintrom. Atenolol 50 mg día, Valsartán 320 mg día, Bisoprolol 2.5 mg día Exploración Física: TA: 155/88 mmHg T°: 35,8 °C FC: 62 lpm SO2: 98% Diaforesis. Palidez mucocutánea. AC: arritmica, soplo sistólico de predominio aórtico II/IV AP: MVC sin agregados ABD: Blando y depresible, doloroso en flanco y fosa iliaca izquierda con puño percusión renal izquierda positiva, ruidos presentes, no signos de irritación peritoneal EEII: Pulsos femorales, poplíteos y pedios presentes y simétricos. No edemas ni signos TVP PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: BIOQUÍMICA: Glu: 137, Crea: 0,68, Na: 141, K: 3,3, Troponina: 0, Ca: 8,9, GOT: 21, GPT: 28, BT: 0,57, F.A.: 69, G.G.T.: 28, Amil: 61, Lip: 34, Lactato: 4.9 HEMATIMETRÍA: Hb: 15,7, Leuc: 11100, Pla: 251000, COAGULACIÓN: INR: 2,48, T.Cef: 31,2sg, Fib.: 435,4, ORINA: Leucocitos 76-250 Leu/uL (++), Proteínas: 10 mg/dL, Urobilinógeno: Negativo, pH Tira: 7,5*, Sedimento Urinario: Hematíes aislados. EKG: FA a 60 lpm, BCRHH y alteraciones secundarias de la repolarización. Durante su estancia en urgencias la paciente presenta empeoramiento del estado general, con persistencia de dolor que responde parcialmente a la administración de bolos de 4 mg de cloruro morfínico IV. Se realiza analítica de control y presenta Hb 13.8 (previa 15.7), leucocitos 16.800 (previo 11100) en la bioquímica LDH 350 y lactato 5.5. A pesar de que se encuentra en rango de anticoagulación, se decide solicitar angioTAC de abdomen con sospecha de infarto renal. AngioTAC: Voluminosa masa adrenal izquierda con signos de sangrado que se extiende por la celda perirrenal y pararenal anterior. No se observa extravasación activa de contraste que sugiera sangrado agudo. Nódulo adrenal derecho de 16 mm indeterminado. La paciente es valorada por Cirugía General. Ante la ausencia de sangrado activo, y estabilidad hemodinámica se decide aplazar la cirugía, para estudio de la masa.

CONCLUSIONES:

Diagnóstico final: Adenoma de corteza suprarrenal izquierda con infarto hemorrágico. Se descarta feocromocitoma.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1780

DEBUT DE COLANGIOCARCINOMA METASTÁSICO EN URGENCIAS

L Gómez Rodríguez (1), G Ocete Burgos (1), A Pérez Ruiz (2)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga. Pabellón C (Hospital Civil).

(2) Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-vomiting-metastatic cholangiocarcinoma**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Mujer de 49 años, exfumadora hasta hace 3 años, auxiliar de clínica, sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos biliosos sin fiebre desde la noche anterior, acompañado de astenia de un mes de evolución. Exploración física: buen estado general. Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. No ictericia. Pruebas complementarias: en hemograma destaca ligera leucocitosis con neutrofilia y patrón colestásico en perfil hepático. Ecografía abdominopélvica: múltiples LOES hepáticas de probable origen metastásico. TAC craneal: normal. TAC abdominopélvico: destaca hígado con lesiones múltiples de tamaño variable en ambos lóbulos y esplenomegalia. Biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía: adenocarcinoma. PET-TAC: múltiples focos hipermetabólicos hepáticos, en hilio hepático y nódulos pulmonares bilaterales compatibles con infiltración neoplásica. Juicio clínico: Colangiocarcinoma metastásico. Evolución: la paciente ingresa en medicina interna donde se realizaron las pruebas complementarias anteriormente descritas. Tras alta domiciliaria, se deriva de forma urgente a oncología médica. Discusión: El colangiocarcinoma es un tumor canceroso de la vía biliar infrecuente que presenta crecimiento lento y metástasis tardía. Se trata de una patología indolente que frecuentemente es diagnosticada en estadios avanzados por lo que la extirpación quirúrgica muchas veces no es posible, siendo ya la enfermedad incurable. Este tumor afecta a individuos de ambos sexos y en la mayoría de los casos se desarrollan en pacientes con edad superior a los 65 años. La colangitis esclerosante primaria, la irritación biliar crónica, los quistes colédocos o infestaciones por *Clonorchis sinensis*, están asociados con un mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

CONCLUSIONES:

Cada vez es más frecuente encontrarnos en urgencias pacientes que debutan con sintomatología poco florida y de presentación súbita como manifestación de procesos tumorales avanzados. El caso que nos concierne, ni por edad ni por la clínica, podríamos pensar como primera posibilidad dicho diagnóstico. Queremos hacer hincapié en la importancia de una correcta anamnesis, de una exploración física exhaustiva con apoyo en las pruebas complementarias para diagnosticarlos y aumentar la supervivencia en la medida de lo posible.

P-1781

CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L Gómez Rodríguez (1), A Pérez Ruiz (2), G Ocete Burgos (1)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga. Pabellón C (Hospital Civil).

(2) Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-appendicitis-teratoma**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: mujer de 37 años, sin alergias medicamentosas. Acude a urgencias por dolor abdominal de 72 horas de evolución que comenzó en fosa renal izquierda irradiado a ovario ipsilateral y que posteriormente se generaliza, aumentando con los movimientos. Asocia náuseas, vómitos y estreñimiento. Afebril. Última menstruación hace 2 semanas. Niega embarazo. Exploración física: afectada por el dolor. Abdomen poco blando y depresible con contractura generalizada a la palpación de forma difusa y signos de irritación peritoneal que dificultan la exploración de masas o megalias. Percusión timpánica. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Pulsos femorales presentes. Pruebas complementarias: En hemograma destaca leucocitosis con neutrofilia y PCR de 104. Rx abdomen: presencia de niveles hidroaéreos e imagen cálcica en herradura en pelvis menor derecha. Juicio clínico: Sospecha de abdomen agudo. A descartar apendicitis aguda versus patología ginecológica aguda. Evolución: Se procede a la administración de analgesia intravenosa. Ante la sospecha clínica de abdomen quirúrgico se realiza TAC abdominopélvico con resultado de masa en pelvis menor que plantea posibilidad diagnóstica de teratoma ovárico maduro. La paciente es valorada por ginecología que realiza ecografía vaginal confirmando la sospecha y solicitan marcadores tumorales derivando a consulta de ginecología preferente para completar estudio. Discusión: Un teratoma es un tumor ovárico de origen embrionario. El diagnóstico definitivo se basa en su histología. Es un tumor con componentes de órganos que provienen de derivados normales de las tres capas germinativas (endodermo, mesodermo, ectodermo). Pueden contener pelo, dientes, hueso, etc. Tiene una forma benigna llamada teratoma maduro y una forma cancerosa llamada teratoma inmaduro. El diagnóstico se realiza con ecografía vaginal, aunque la RMN de pelvis tiene un alto rendimiento en el mismo.

CONCLUSIONES:

En el caso que presentamos tanto los síntomas, como la exploración y la analítica nos hacían pensar en una apendicitis aguda. El resto de pruebas complementarias así como la valoración multidisciplinar de la paciente, nos llevaron a un diagnóstico final muy distinto. Este caso lo vemos relevante por su rareza, ya que un teratoma ovárico no es frecuente que debute como abdomen agudo. En nuestra práctica clínica tendemos a presuponer diagnósticos, y a veces nos equivocamos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1782

DISTROFIA ANEURISMÁTICA COMO CAUSA INFRECIENTE DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

R Navarro Villanueva, L Sala Climent, MJ Pérez Durán, A Pérez Sólaz, A Pozo Blanco

Hospital La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: insuficiencia renal obstructiva-aneurisma arterial-ecografía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 81 años, ex fumador, que acudió a urgencias por disminución de la diuresis y hematomas en abdomen y zona sacra. En la exploración física se sospechó la existencia de globo vesical, CONFIRMÁNDOSE POR ECOGRAFIA. La analítica mostraba un acusado deterioro de la función renal: Creatinina 16 mg/dL, potasio 9 mEq/L, PCR 344,3 mg/L, FG 2 mL/min, Urea 400 mg/dL, Hb 9,9 g/dL. Después de tres días intentando mejorar la función renal sin éxito, se realizó un TC que resultó diagnóstico de distrofia polianeurismática. Se objetivó una ureterohidronefrosis bilateral secundaria al desplazamiento y compresión ureteral por un aneurisma gigante de ílica interna izquierda de 11,5 x 11 x 18 cm con trombo en el interior (Figura 1), otro aneurisma en Ao infrarrenal, aneurismas poplíteos bilaterales y severa ateromatosis calcificada con trombosis parcial de femoral derecha. Tras una cirugía complicada con necesidad de reintervención, falleció por fracaso multiorgánico secundario a shock hipovolémico.

CONCLUSIONES:

Caso clínico de insuficiencia renal aguda (IRA) obstructiva en el que ni la clínica, ni la ecografía abdominal nos ayuda a diagnosticar la causa de la obstrucción y confundimos un globo vesical con un aneurisma de la arteria iliaca izquierda. La propia IRA nos obliga a retrasar el diagnóstico mediante Angio-TAC en un intento de no deteriorar más la severa insuficiencia renal. Esta es una de las que muchas ocasiones en la que la medicina nos reta, en este caso, el cuadro clínico de IRA obstructiva con palpación de globo vesical y confirmación por imagen ecográfica, así como el drenaje efectivo del mismo, no son suficientes para llegar al diagnóstico correcto. Si el sondaje vesical no hubiera sido posible, probablemente nos hubiera obligado a realizar un sondaje con punción suprapúbica y la consecuente iatrogenia, puncionando un enorme aneurisma arterial.

P-1783

UNA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE MUY POCO FRECUENTE. NEUROMIELITIS ÓPTICA DE DEVIC

JM Krivocheya Montero, II Albarracín Serrano, J Arjona Soriano, F Bernal Miguel, K Burrahay Anano Hach-Driss, A Krivocheya Montero

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: anticuerpos antineuromielitis-RMN-fondo de ojo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 34 años de edad que consulta al SUHC porque desde hace 1 mes comenzó con raquialgia de predominio dorsal alto atraumático, días posteriores hipoestesia y parestesias en MID y dolor anterocostal derecho. Se le indicó tratamiento sintomático. Volvió a consultar por falta de mejoría y por comenzar con debilidad en MID. No dificultad para controlar los esfínteres **ANTECEDENTES PERSONALES:** NAMC, migraña episódica sin tratamiento habitual, no IQ **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Constantes: TA 90/60, temperatura 37,4, palidez cutáneo-mucosa **Neurológico:** Alerta, lenguaje normal. Asimetría en hendidura parpebral. Pupilas normales, MOES conservados. Pares craneales normales. Paraparesia de miembros inferiores de predominio derecho (MID 2/5, MII 4/5), ROT vivos con predominio en miembros inferiores. Babinski bilateral **Resto de órganos sin alteraciones** **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** Analítica: Glucemia 121, sodio 134, cloro 98. Hemograma y coagulación normal **TAC craneal:** Exploración sin hallazgos patológicos visibles Dada las características del cuadro se solicita RMN: Engrosamiento e hiperseñal de la médula espinal con extensa afectación cervico-dorsal, en mayor grado C3-C7. Foco desmielinizante frontal derecho **EVOLUCIÓN** La paciente ingresa a cargo de neurología para complementar los estudios: - Autoinmunidad: ANA positivos para el subtipo Ac-antiSSA - Serología: Positivo para Anti-HBc, anticuerpos anti-rubeola Ig G, Epstein-Barr Ig G y Borrelia burgdorferi Ig G - LCR: Claro, transparente, con bioquímica, microbiología y citología normal, presencia de Ig G en suero (3200 con ausencia de bandas oligoclonales. - Anticuerpos anti-neuromielitis óptica > 10 (normales < 1) - Fondo de ojo sin relevancia La evolución de la paciente es favorable, tratándose con pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulinas para realizar posterior plasmáferesis. Inició además fisioterapia. Al alta queda con una disestesia en cinturón a nivel inframamario y paraparesia de predominio izquierdo, tolerando deambulación con un solo apoyo. Se le trata de forma ambulatoria con inmunosupresores **DIAGNÓSTICO.** Neuromielitis óptica de Devic sin afectación óptica **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Incluye fundamentalmente la esclerosis múltiple, enfermedad del tejido conectivo de origen paraneoplásico, viral o idiopático, neuropatías ópticas isquémicas.

CONCLUSIONES:

Es una enfermedad poco prevalente (2 cada 100000 casos). Fue considerada inicialmente como una variante de esclerosis múltiple, pero hoy en día es una entidad independiente. Resulta ser incapacitante a lo largo del tiempo siendo su principal causa de muerte la insuficiencia respiratoria.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1784

KIKUCHI-FUJIMOTO

FM Mateos Chaparro, E Lino Montenegro, L Prieto Lastra,
M González Ruiz, H Alonso Valle, M Andres Gómez
Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: linfadenitis necrotizante histiocítica-biopsia-dolor

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 66 años que presenta dolor de mama derecha de 10 días de evolución, tras lo cual nota tumoración en cuadrante superoexterno de la misma mama. Posteriormente nota tumoración cervical, febrícula de 37.7°C y malestar general por lo cual acude a urgencias. Tras una primera valoración, acude a las 48 horas con gran aumento de volumen de adenopatías. BEG, NC, NH, NP. FC 78lpm, FR 18 rpm, Tª 35.4 °C, TA 125/78. Cabeza y cuello: Se palpan adenopatías dolorosas y empastamiento cervicolaral derecho sin eritema. Tórax: Se palpa multiples adenopatías axilares derechas dolorosas y dolor a la palpación de cuadrante supero externo derecho. Resto de exploración anodina. Analítica no contributiva. Pruebas serológicas negativas. Biopsia por aspiración con aguja gruesa de ganglio cervical, mostró focos de necrosis parcheada con restos nucleares y de celularidad linfocitaria e histiocitaria, sin formación de granulomas y con presencia de células de aspecto plasmocitoide: linfadenitis necrotizante tipo Kikuchi.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Kikuchi Fujimoto (EKF), más prevalente en países asiáticos, se observa, principalmente, en mujeres jóvenes, con la aparición de linfadenopatías, predominantemente cervicales, elásticas y variables en número y tamaño. Se asocia a fiebre, síntomas constitucionales y lesiones cutáneas. En anatomía patológica se observan ganglios linfáticos con hiperplasia paracortical y folicular. Destacan focos de necrosis paracortical compuestos por histiocitos, linfocitos y células dendríticas plasmocitoides, con restos nucleares y celulares acidófilos. Los linfocitos son T (CD3+ y CD45RO+). Su etiopatogenia es desconocida. Se trata de una paciente con EKF, en la que se han descartado causas infecciosas, autoinmunes y oncohematológicas, como posible origen de la fiebre y de las adenopatías. En nuestro caso presenta buena evolución con remisión del dolor y desaparición de adenopatías tras una pauta corta de corticoides.

P-1785

PARESTESIAS, DEBILIDAD EN HEMICUERPO Y ESPASMOS MUSCULARES... ¿ACTIVAMOS EL CÓDIGO ICTUS?

A Grasun (1), F Mateos Chaparro (1), N Odriozola Romillo (1),
E Grasun (2), A Azagra Calero (3), R López Sánchez (3)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) SCS. Gerencia Atención Primaria. (3) SCS. Unidad Docente Atención Primaria

PALABRAS CLAVE: parestesias-alteraciones electrolíticas-tubulopatía renal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso: Paciente varón de 36 años de edad que acude a Urgencias por cuadro súbito de focalidad neurológica de unas horas de evolución. Como antecedentes personales de interés: fumador de 8 cigarrillos/día, Lumbociática en 2014 por hernia discal (L5-S1). Sin tratamiento habitual. Exploración y pruebas complementarias: En enero 2017 el paciente acude a Urgencias por cuadro catarral y dolor costal de características mecánicas. Fue dado de alta con antiinflamatorios como tratamiento sintomático. Unos días posterior al alta, el paciente acude de nuevo por cuadro de parestesias en brazo izquierdo, asociando debilidad muscular en brazo izquierdo, en las dos piernas y desviación de la comisura bucal a la izquierda. Además, el paciente presentaba una postura muy rara en la cama, con caída del cuello a la izquierda forzada, brazos en flexión con codos y muñecas en resorte. En la exploración: hemodinamicamente estable y afebril, Exploración física sistémica sin alteraciones. Llamó la atención la exploración neurológica: flexión lateral izquierda del cuello forzada, asimetría facial que desaparece con la distracción, moviliza las 4 extremidades, pero imposible valorar el balance muscular por inadecuada colaboración por parte del paciente. Se solicitó valoración urgente por parte del Servicio de Neurología ante una sospecha de código ictus. Neurología descartó patología aguda neurológica y sospechó de trastorno funcional. Al mismo tiempo llegan los resultados de laboratorio: hipopotasemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia. Se avisó al Servicio de Nefrología quien ingresó al paciente para estudio de tubulopatía renal. Tras la reposición iónica, el paciente mejoró sustancialmente. Fue dado de alta 2 días después con seguimiento en Consulta de Nefrología. Juicios clínicos: Tubulopatía renal. Alteraciones electrolíticas secundarias. Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, latrogenia por fármacos, Conjuntivopatías,

CONCLUSIONES:

Tubulopatía renal (proximal y distal) es un trastorno electrolítico-metabólico que se manifiesta por pérdida importante de iones con orina, acidosis metabólica y sintomatología secundaria a las diselectrolitemias. En la práctica clínica diaria en Servicio de Urgencias, se debe de tener en cuenta esta entidad para corregirla de manera más rápida y segura y con esto evitar las complicaciones que puedan surgir debido a la penuria de electrolitos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1786

!!!DOCTORAS, NO LAS VEO!!!

C Cruz Diek, C Cuenca Valero, E Robles Montesinos, J López Arqueros*Hospital General de Requena. Valencia***PALABRAS CLAVE:** headache-neurological research-hypertension**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 55 años con cefalea occipital y cervicalgia sin lateralización de 2 días de evolución. Asocia náuseas. No fotofobia, ni sonofobia. Empeora con movimientos. No mejoría con analgesia. Alucinaciones visuales que describe como papeles de colores. Se objetiva disminución de agudeza visual bilateral con TA:200/100 BEG. NH Y NC. Afebril y Eupneica en reposo. Consciente y orientada. Lenguaje conservado. Pupilas no reactivas, ceguera bilateral, sin reflejo fotomotor, campimetría no valorable. No alteración de pares craneales. Romberg y deambulación no valorables por mareo. TC cerebral: Duda área hipodensa en sustancia blanca subcortical parieto-occipital izquierda sin efecto masa, ni captación de contraste. Polígono de Willis sin alteraciones. Analítica, ECG y Rx tórax normales. Diagnóstico: Cefalea migrañosa con aura. Ceguera bilateral Se deriva con carácter urgente al Hospital La Fé para realización de RMN y valoración por neurología. Posteriormente cede sintomatología, pudiéndose remitir a CCEE de Neurología para estudio. CCEE Neurología RMN: alteración de intensidad de señal de sustancia blanca subcortical que afecta bilateral y simétrica con predominio izquierda a la transición parietooccipital sugestiva de leucoencefalopatía posterior reversible. EEG: Actividad epileptiforme con polipuntas en derivaciones posteriores predominio izquierda. Al alta: TA:150/85, persiste sintomatología visual. Se completa con ecocordio y analítica (autoAc, proteoinograma, Igs, crioglobulinas, porfirinas en orina, protocolo estudio inicial HTA) Pauta tratamiento antihipertensivo (ramipril) + dieta hiposódica y nuevo control.

CONCLUSIONES:

La LPR es un síndrome que se presenta de forma subaguda con cefalea, náuseas, disfunción cerebral, alteraciones visuales y convulsiones que se pueden iniciar de forma focal pero suelen generalizar. La etiología es diversa, generalmente se asocia a HTA maligna (70 ? 80%), toxemias del embarazo o uso de inmunosupresores o quimioterápicos. Cuando se asocia a HTA, ocurre de forma típica simultáneamente al síndrome de encefalopatía HTA. Fisiopatológicamente se relaciona con edema cerebral que afecta a regiones posteriores de lobulos parietal, temporal y occipital, sensibles a estudios de neuroimagen de TAC aunque la RMN muestra una resolución superior. Se trata de un caso de LPR secundario a HTA en paciente con cifras aisladas altas y cefaleas autolimitadas, que con diagnóstico y tratamiento precoz con fármacos, se corrige el proceso clínico y las imágenes radiológicas. Por tanto el reconocimiento temprano es fundamental.

P-1787

ICTUS EN EL ADULTO JOVEN

R Parada López, B García Marina, C Gimeno Galindo, C Hidalgo Collazos, J Cañizo Cantó, L Cano Alcalde, C Bibiano Guillén*Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid***PALABRAS CLAVE:** accidente cerebrovascular-trombofilia-síndrome antifosfolípido**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 19 años sin antecedentes de interés, salvo obesidad, y antecedentes familiares de migraña común y dislipemia, se despierta con dificultad para articular el lenguaje sin claro componente disfásico, y debilidad en pierna y mano derechas asociado a parestesias, con respeto facial y torácico. Sintomatología que cede en 2 minutos. A la exploración física destaca TA 155/103 FC 77 Afebril Eupnéico. Consciente, orientado, lenguaje sin elementos disfásicos, pares craneales normales, PICNR, no nistagmo, fuerza y sensibilidad conservadas, cerebelo y marcha normales. Analítica sin aspectos reseñables. Rx de tórax normal. TAC de cráneo: discretas hipodensidades en ambas cápsulas internas y ganglios basales, sugerentes de discreta dilatación de espacios perivascuales de Virchow-Robin. Lesión hipodensa en la región inferior de los ganglios basales izquierdos de aproximadamente 7 mm. No evidencia de sangrado. Se decide ingreso para estudio. Durante el mismo se realiza RMN: línea media centrada. Lesión en el centro semioval izquierdo de morfología redondeada llegando a contactar con el ventrículo lateral izquierdo. Tamaño aproximado de 8 mm diámetro. Hiperintensidad de señal en las secuencias Flair y T2, con hiperintensidad de señal en la secuencia de difusión e hiposeñal en mapa ADC en relación con restricción de la difusión. No presenta realce tras la administración de gadolinio. Valorar posibilidad de lesión isquémica aguda. Doppler TSAo, Dúplex transcraneal y ECOTT normales. Punción lumbar: Glucosa 61 mg/dl, proteínas 46 mg/dl, lactato 1.31 mmol/L, Leucocitos 2 cel/mm3, líquido transparente y claro. Estudio de autoinmunidad negativo. Estudio de hipercoagulabilidad: anticoagulante lúpico positivo en dos determinaciones. Diagnóstico final: Síndrome antifosfolípido con manifestación de ictus isquémico de ramas lenticuloestriadas de ACM izquierda. Se decide tratamiento con anticoagulación oral.

CONCLUSIONES:

El ictus en el paciente adulto joven es una entidad relativamente frecuente y, en los casos en los que no existe una causa evidente (aterotrombótica, cardioembólica o vascular específica), requiere la realización de un estudio etiológico exhaustivo para poder determinar la causa específica subyacente que permita guiar el tratamiento de prevención secundaria óptimo. Los estados de hipercoagulabilidad o trastornos hematológicos (primarios o secundarios), entre los que destaca el síndrome antifosfolípido, constituyen un 5-10% del total de los ictus isquémicos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1788

SÍNDROME DE BOERHAAVE: PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS

JM Aguilar Mulet (1), M Grau Pérez (2), C Santiago Poveda (1)

(1) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. (2) Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas

PALABRAS CLAVE: esophagus-rupture, spontaneous-bone density conservation agents**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 67 años, ex-fumadora, con antecedentes de osteoporosis en tratamiento con alendronato y estreñimiento crónico. Fue trasladada al servicio de urgencias por dolor epigástrico iniciado tras una deposición líquida, que se intensificó de forma brusca tras un vómito de contenido alimentario. A su llegada a urgencias el dolor se irradiaba a espalda y comenzó a manifestar disnea, manteniendo una saturación basal de oxígeno del 92%. Pálida, sudorosa, hemodinámicamente estable. En auscultación pulmonar destacaba hipofonosis en hemitórax izquierdo y crepitantes bibasales, la exploración abdominal fue anodina. Los análisis objetivaron leucocitosis (20600) con neutrofilia y la radiografía de tórax, demostró la presencia de un hidroneumotórax izquierdo. Se solicitó TAC torácico con contraste oral que mostró rotura del tercio inferior esofágico hacia la cavidad pleural izquierda. Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro y se procedió a toracotomía urgente con reparación de la rotura. En el líquido pleural se aislaron *Klebsiella oxytoca* y *Enterococcus faecium*. La evolución fue favorable.

CONCLUSIONES:

- El síndrome de Boerhaave, o rotura esofágica aguda espontánea, es una causa poco frecuente de epigastralgia y se asocia a una morbi-mortalidad muy alta.
- Suele producirse tras vómitos de repetición por aumento brusco de la presión intraluminal asociado a una presión intratorácica negativa o a una relajación incoordinada de la musculatura cricofaríngea.
- Se han descrito casos asociados a esfuerzos de menor intensidad en pacientes con esofagitis o hernia de hiato.
- La tríada clínica típica incluye la presencia de vómitos, dolor y enfisema subcutáneo pero solo está presente en el 10% de los casos.
- Los hallazgos en la radiografía de tórax suelen ser determinantes para sospechar de forma precoz el diagnóstico.
- En el caso que exponemos el consumo de alendronato podría haber debilitado la pared esofágica, explicando la aparición del cuadro tras un único vómito. Solo hemos encontrado un caso descrito en la literatura de este síndrome asociado al consumo de bifosfonatos.

P-1790

A VUELTAS CON EL DOLOR ABDOMINAL

I Moreno Montero, M Sánchez Ruiz, CA Moreno Caycedo, A Sánchez Valencia, J Paz Galiana, L Alcalá Bustos

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-vómitos-vólvulo**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

AP: Mujer de 22 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin patología previa ni cirugías previas MC: Acude derivada desde el centro de salud por cuarta vez porque presenta dolor abdominal difuso, no sabe localizar zona más dolorosa, náuseas y vómitos desde el inicio, hoy solo 1 vómito. No ha tenido fiebre. En días previos ha mejorado con analgesia y con la defecación inducida por enemas rectales indicados en Urgencias, pero hoy el dolor no ha mejorado. Exploración física: Regular estado general, Eupneica, normoperfundida. Normocoloreada. Colaboradora. Lloro por el dolor. Tórax: Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos añadidos. Murmullo vesicular conservado sin otros ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, con dolor intenso que provoca defensa voluntaria, no palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, ruidos discretamente aumentados. Blumberg negativo, psoas negativo, Murphy negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa Analítica: sin ningún hallazgo relevante habiendo estudiado hemograma, coagulación y bioquímica con transaminasas, amilasa y PCR normales. Radiografía simple de abdomen, se comprueban las 3 realizadas en días anteriores, se observan En dos de las ocasiones previas se hicieron interconsultas a cirugía, descartando en ambas que tuviera patología quirúrgica urgente Se realiza Tc abdominal por persistencia del dolor a pesar de analgesia y se describe como • Malrotación intestinal con probable hernia interna? Se procede a realizar colonoscopia donde se encuentra volvulación colónica que se desvuelve con el endoscopio tras lo cual desaparece por completo el dolor.

CONCLUSIONES:

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta en el servicio de Urgencias. En el 90% de los casos se debe a patología no urgente y por ello, tendemos a menospreciar la clínica que presenta el paciente. Este caso precisó de 4 consulta, 4 médicos de Urgencias y 2 cirujanos para llegar al diagnóstico. La malrotación intestinal del adulto se presenta con una incidencia del 0.2%, y es habitualmente asintomática diagnosticándose de forma casual. El diagnóstico en el adulto es difícil y la técnica de elección es la TC.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1791

CUANDO LO NEUROLÓGICO Y LO PSIQUIÁTRICO SE TOCAN

I Moreno Montero, A Sánchez Valencia, M Sánchez Ruiz,
C López Ríos, J Zarco Manjavacas, CA Moreno Caycedo,
LG Alcalá Bustos

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: disartria-diplopia-trastorno somatomorfo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas, hiperuricemia, herpes ocular derecho hace años, cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos, síndrome depresivo en seguimiento por salud mental. Bebe 1-2 cervezas al día. Como tratamiento habitual: vortioxetina 10 mg, almotriptán, zolpidem, mirtazapina y omeprazol. El paciente acude derivado en ambulancia con 2 técnicos porque ha sufrido un cuadro de mareo con posterior desconexión del medio de unos minutos de duración mientras montaba en bicicleta, no se ha caído. No ha presentado relajación de esfínteres. No ha acudido ningún acompañante que relate los hechos. Según el informe, el paciente ha presentado comportamientos extraños, estaba desorientado en tiempo y espacio y presentaba también visión doble y alteraciones del lenguaje que describe como ¿le cuesta encontrar la palabra y articula mal? y por eso, prefiere dejar de hablar. A su llegada a Urgencias, el paciente está asintomático completamente, recuerda haberse mareado y después el traslado en ambulancia, no recuerda el tiempo que ha pasado. Exploración neurológica y por aparatos sin hallazgos que sugieran patología aguda actual. Pruebas complementarias: Analítica de sangre y orinas sin hallazgos y sin evidenciar tóxicos. Radiografía de tórax sin hallazgos. TC craneal normal. Punción lumbar normal. Se procede al alta con diagnóstico de amnesia global transitoria en relación con dudosa comicidad y se estudia en consulta de neurología y cardiología con RMN con protocolo de epilepsia, Eco cardio y Holter dentro de la normalidad. El paciente vuelve a presentar 3 episodios más de características similares en los meses siguientes, todos autolimitados y sin recuerdo del episodio y se inicia tratamiento anticomicial tras el cual, el paciente continúa presentando dichos episodios. Diagnóstico diferencial: Somatizaciones versus crisis focales con preservación parcial del nivel de conciencia.

CONCLUSIONES:

Los trastornos por somatización tienen una incidencia de 0.2% aproximadamente, son más frecuentes en menores de 30 años y en mujeres. Suponen un gran reto para el Médico de Urgencias porque puede presentarse como cualquier patología, exponiendo al paciente a pruebas complementarias complejas y no exentas de riesgos, así como sobrediagnóstico y sobretratamiento.

P-1794

SÍNDROME NEUROLÓGICO PARANEOPLÁSICO, ENCEFALITIS DE TRONCO ASOCIADO A CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN

A Morales Rodríguez, LM Román, N Díaz García, P Gallego Rodríguez,
S Pérez Antón, P Alva García, W Blanco Pérez

Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: ictus-síndrome paraneoplásico-romboencefalitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 59 años que acude a Urgencias por cuadro de 7 días de mareo sin giro de objetos e inestabilidad para la marcha con tendencia a la lateralización a la derecha, con sensación nauseosa, vómitos ocasionales, sensación fluctuante de visión distorsionada, sin clara diplopía. Además en la mañana de hoy dificultad para la mirada hacia la izquierda. AP: HTA, DL, fumadora de 6 cigarros al día. Tratamiento con perindopril/indapamida, simvastatina y supirida. EF: TA: 120/75 mmHg, FC: 68 lpm, SATO2: 97%, Tª: 35,9°C. ACP: rítmica, soplo sistólico en foco mitral, mvc. NRL: campimetría por confrontación normal, PICNR, limitación en la mirada conjugada a la izquierda, no posible y limitada a la derecha, resto de los movimientos oculares conservados. Resto de pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad o conservadas, reflejos conservados. Sin signos de ataxia apendicular. Marcha con ampliación de base de sustentación con dificultad para realizar el tándem. Romberg negativo. Analítica 15.000 leucocitos con neutrofilia 76%, Hb 15,9, TSH: 0,321 con T4 y T3 normal, resto sin alteraciones. En Urgencias se realiza Rx de tórax: sin alteraciones. TAC craneal que resulta normal, se diagnostica inicialmente de ictus vertebrobasilar, se realiza DTSA: ateromatosis sin estenosis, arterias vertebrales y basilar ortodromicas permeables, DTC normal. PL: LCR positivo para VEB. TAC body: lesión sólida en LII paramediastínica con adenopatías patológicas y nódulos suprarrenales bilaterales (estadio IV). Con sospecha de síndrome neurológico paraneoplásico de carcinoma de pulmón ingresa para completar estudio y tratamiento. PAFF: carcinoma de células pequeñas. El diagnóstico final es romboencefalitis paraneoplásica Anti-ri+ y carcinoma de pulmón de células pequeñas con metástasis suprarrenales bilaterales (T4N2M1).

CONCLUSIONES:

El caso presentado está en relación al diagnóstico diferencial de los síndromes neurológicos en Urgencias, puesto que de inicio se pensó que fuera un ictus, si bien al no presentar alteraciones en el TAC craneal y DTSA realizado en urgencias se amplió estudio donde se detectó una lesión sólida en LII. Se trata de una manera poco común de debut de carcinoma pulmonar con una sintomatología neurológica de curso subagudo por lo que hubo que descartar otras causas de encefalitis.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1795

GRAN HERNIA DE HIAO CON ESTÓMAGO INTRATORÁCICO

AM Nieto Huertos, AC Llorente Rojo, C Martínez Lara,
A Urraca Gamaury, AI Crespo Martínez, RM Aparicio Alonso

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

PALABRAS CLAVE: hernia-intratorácico-vólvulo gástrico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 78 años, Alérgica al Contraste Iodado. Epilepsia, HTA. En tratamiento con Carbamacepina 200 mg, Amlodipino/Valsartán/Hidroclorotiazida 5/160/12,5, Lansoprazol 30 mg. Acude al SUH con clínica de dolor torácico retroesternal intenso opresivo de 2h de evolución irradiado a región interescapular, asociado a cuadro vegetativo consistente en sudoración y náuseas y plenitud gástrica. En la exploración física se aprecia mal estado general, mala perfusión periférica, taquipneica. ACP: RSCRS soplo sistólico. MV disminuido de forma generalizada. Abdomen blando, doloroso a la palpación de forma generalizada. Pulsos positivos y simétricos en EEII. PA: 72/46 MMHG FC 43X SAT O2 97% FR 24 RPM ECG: RS a 52x Alteraciones difusas de la repolarización. Se solicita Ecocardiograma para aportar ayuda en el diagnóstico ante la inestabilidad clínica de la paciente, que resulta no concluyente por mala ventana. Al realizar RX tórax portátil se visualiza cámara gástrica en cavidad mediastínica. No existe alteración analítica: Enzimas cardíacas negativos, dímero D negativo. Se realiza TAC Torácico: Hernia de hiato mixta tipo 3 (herniación de todo el estómago y unión gastroesofágica que se localiza en tórax) con horizontalización del estómago, en relación con malrotación gástrica, y dudoso vólvulo gástrico. (Se aportarán imágenes radiológicas de interés científico).

CONCLUSIONES:

Desde el principio se orientó el caso como posible SCA ó Desastre Aórtico, no obstante las pruebas que se realizaban, no corroboraban la sospecha clínica. La RX de Torax orientó el cuadro que se confirmó posteriormente con TAC. La evacuación gástrica con sonda nasogástrica mejoró espectacularmente la clínica de la paciente. La hernia hiatal gigante (HHG) con estómago intratorácico es una enfermedad poco frecuente. Corresponde a una hernia tipo 3 o mixta (compone por deslizamiento y paraesofágico) que contiene más del 30% del estómago a nivel del tórax. Es común que estas hernias se asocien a rotación gástrica, preferentemente del tipo órgano-axial. Sus manifestaciones clínicas incluyen vómitos y dolor torácico. Pueden presentar complicaciones como vólvulo, perforación u obstrucción gástrica, constituyendo una urgencia médica.

P-1796

¿COINCIDENCIA O ASOCIACIÓN?

O Zhygálova Zhygálova (1), AC Matía Cubillo (2),
T Mondéjar Solís (1), M Rodrigo Rodríguez (1), C Hernández Tuda (1),
FJ Callado Moro (1), I Zhygálova Zhygálova (3)

(1) SUH. Hospital Universitario de Burgos. (2) C. S. Los Comuneros. Burgos.

(3) Estudiante de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-abdominal abscess-atrial fibrillation

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 25 años que acude al SUH por un cuadro de fiebre con dolor abdominal difuso con náuseas, vómitos y diarrea, de 48 horas de evolución. Sin otra sintomatología acompañante. AP: Sin interés. Ningún tratamiento actual. Exploración física: TA 115/49 mmHG, FC 110lpm, Tª 37.9°C, Sat 98%, FR 14. Glasgow 15. Consciente, orientado y colaborador. Signos meníngeos negativos. Buena coloración de piel y mucosas. AC: rítmica, taquicárdica, sin soplos. AP: mv. conservado. Abdomen: blando, depresible, dolor difuso a la palpación sin defensa ni signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, RHA conservados. Pruebas complementarias: Analítica: QH: PCR 96 mg/l, glucosa 118 mg/dl, creatinina 1.33 mg/dl, resto normal. SS: Hb 16.4 g/dl, leucocitos 16,8 µl con desviación izquierda, resto normal. Hemostasia: normal. Diagnóstico de presunción: GEA infecciosa. Insuficiencia renal prerrenal. Plan de actuación: Se ingresa en la UCE, pendiente de ecografía abdominal. Evolución: Durante el ingreso presenta un cuadro de palpitations, en ECG se observa FA paroxística, con tratamiento para control del ritmo. Se realiza ecografía abdominal, objetivando plastrón inflamatorio por apendicitis perforada con peritonitis y absceso rectovesical. El paciente pasa a quirófano para intervención quirúrgica. Tras el alta de Cirugía General, a la semana vuelve a acudir al SUH por un cuadro de FA paroxística, se realiza cardioversión farmacológica, se reevalúa al mes en las consultas externas de Cardiología con diagnóstico de FA paroxística sin cardiopatía estructural. Diagnóstico final: Apendicitis perforada con peritonitis y absceso rectovesical. FA paroxística.

CONCLUSIONES:

Aunque el abordaje inicial en el SUH debe ir orientado a los cuadros más frecuentes en función de los signos y síntomas del paciente, en ocasiones aparecen cuadros larvados en los que se asocian diversas patologías que se pueden complicar. Revisada la bibliografía sobre el tema, se recoge que los procesos inflamatorios e infecciosos pueden incrementar el riesgo de FA.



CASOS CLÍNICOS

P-1797

PARESTESIAS DE MIEMBROS SUPERIORES COMO
MANIFESTACIÓN DE SIRINGOMIELIA EN PACIENTE DE 20 AÑOS

R Infantes Ramos (1), C Fernández-Figares Montes (2),
JI Valero Roldán (1), D Núñez Castillo (1), M Aguilar Casas (1),
I Villar Mena (1)

(1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. (2) Centro de Salud
Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: parestesias-siringomielia-síndrome de Klippel-Feil

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 20 años de edad. No alergias medicamentosas con antecedente de trastorno ansioso depresivo en tratamiento con citalopram 20 mg / 24 horas y diazepam 5 mg en crisis. Fumadora ocasional. Paciente con antecedentes descritos que acude a urgencias por cuadro de persistencia de cervicalgia y parestesias de miembros superiores de 3-4 años de evolución que describe como calambre desde el hombro hasta las manos que se han incrementado en los últimos 2 meses con crisis de 10-12 episodios al día. Valorada en urgencias en numerosas ocasiones pautándose tratamiento con antiinflamatorios, relajantes musculares y pregabalina sin mejoría del cuadro clínico. Exploración neurológica: PICNR, FO Papilas nitidas, lenguaje normal. Campimetría por confrontación sin déficits. MOE y resto de PC sin hallazgos. Motor, mantiene sin claudicar las 4 extremidades, no temblor, tono y sensibilidad sin hallazgos. ROT respetados y simétricos, RCP flexor. No dismetría. Romberg negativo. Fue valorada por Neurología que solicitó análisis con Vitamina B12, ANA, Ac anticardiolipinas, antiB2 GPI, ANCA, Factor II, TSH, y EEG sin hallazgos de interés. Se solicitó RNM craneo-cervical objetivándose una cavidad hidrosiringomielica de unos 4,5 cm de extensión desde C4 hasta T1 con morfología similar a Klippel - Feil pero con espacio discal respetado. A nivel craneal mínimo descenso de amígdalas cerebelosas a través de agujero magno sin sobrepasar línea de Chamberlain que podría corresponder con enfermedad de Chiari tipo I. La paciente fue derivada a consulta de Neurocirugía para planteamiento de tratamiento quirúrgico dada la progresión de los síntomas.

CONCLUSIONES:

La siringomielia se describe como la formación de una placa o quiste producida por una obstrucción del flujo de LCR redirigiéndolo a nivel central. El aumento de este quiste puede provocar daño de fibras nerviosas manifestándose por cuadro de dolor y parestesias en miembros superiores. Entre las causas principales de siringomielia cervical (90% de los casos) destaca la malformación Chiari I caracterizado por descenso de amígdalas cerebelosas a través del foramen magno. El tratamiento de esta patología es quirúrgico a fin de favorecer el flujo de LCR a nivel de foramen magno.

P-1799

CÓLICO RENOURTERAL TRAS TOMA DE ACETAZOLAMIDA

M Mir Montero, B Rodríguez Rodríguez, J Penedo Arrugueta,
JL Fraile González, R Pacheco Puig, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: cólico renourteral-acetazolamida-glaucoma

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 35 años, sin antecedentes reseñables, que acude a urgencias por dolor en fosa renal izquierda irradiado a abdomen, tipo cólico, de 2 días de evolución sin mejoría con analgesia habitual. No fiebre ni otros síntomas. En urgencias se realiza exploración física, analítica sanguínea y de orina, y radiografía de abdomen donde se objetiva únicamente microhematuria y abundantes cristales de urato amorfos en el sedimento. Tras persistencia del dolor pese a analgesia intravenosa y deterioro de función de renal con un filtrado glomerular de 50 ml/min se realiza ecografía de abdomen donde se observa discreta dilatación pielocalicial (hidronefrosis grado II / IV) posiblemente secundaria a litiasis ureteral, aunque no se llega a identificar la causa obstructiva. Rehistoriando al paciente que no tenía antecedentes previos de cólico renourteral (CRU) refiere desde hace 10 días estar en tratamiento con varios colirios tras traumatismo ocular con diagnóstico de hipema traumático en ojo izquierdo con incremento de la presión intraocular (PIO). Entre los colirios destacaba la administración de acetazolamida que presenta como efecto adverso poco frecuente la precipitación de CRU. Tras revisión por parte de Oftalmología se decide sustituir dicho fármaco por corticoterapia junto con el resto administrados previamente para disminución de la presión intraocular. Tras analgesia, fluidoterapia y observación durante 48 horas el paciente mejora y se le da el alta.

CONCLUSIONES:

Si bien son muchos los pacientes atendidos en los servicios de urgencias por CRU, hay que tener en cuenta que una parte de ellos son secundarios a causas evitables o al menos modificables, por lo que no debemos obviar una anamnesis minuciosa que pueda identificar la etiología del proceso y así modificar la evolución de la patología y prevenir la aparición de nuevos episodios.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1800

MUJER DE 58 AÑOS CON PARESIA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES

MR Ruiz Cosano, B Pavón Flores

Hospital SAS Jerez de la Frontera. Cádiz

PALABRAS CLAVE: mielitis-paresia-desplazamiento de disco intervertebral**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años, amigdalectomizada. Consulta por dificultad para movilizar ambos miembros superiores desde hace una hora, refiere viaje previo en autobús de 7 a 8 horas, sin traumatismos previos. Presenta limitación de la abducción de ambos miembros superiores, paresia y dolor en ambos hombros. Hemograma y bioquímica sin alteraciones, 100 leucocitos/ul en orina, tóxicos en orina positivos a benzodiazepinas, rx cervicodorsal y tórax con signos de artrosis en C3 y C4. Escasa respuesta a benzodiazepinas, corticoides y metamizol. Ingresa en medicina Interna con diagnóstico de paresia de cintura escapular. En planta se objetiva hipoestesia en miembro superior derecho y en ambos miembros inferiores. RMN de columna cervicodorsal con contraste informada como protusiones discales C3-C4, C4-C5 y C5-C6 que contactan con el saco dural, provocando aumento de la señal intramedular desde C3 a C7, compatible con infarto medular. TAC de tórax y abdomen sin imagen de aneurisma ni disección. La paciente mejora parcialmente con dexametasona 4 mg/8h y AAS 100/24h. Solicita traslado a su ciudad de origen para continuar tratamiento.

CONCLUSIONES:

El síndrome de la arteria espinal anterior se basa fundamentalmente en su presentación clínica y se confirma con RMN. Las causas más frecuentes son de origen aórtico como la arteriosclerosis, disección o manipulación quirúrgica, entre las de origen medular destacan las malformaciones arteriovenosas, otras causas son la arteritis de células gigantes, Lupus Eritematoso Sistémico, espondilosis cervical, embolia de disco intervertebral, puerperio y tras angiografía. En nuestro caso la lesión medular estaría justificada por la compresión de la arteria radicular, producida por las protusiones discales desde C3 a C7. El mecanismo de flexoextensión cervical es el factor precipitante de isquemia medular en los pacientes con espondilosis cervical. El principal factor pronóstico es la severidad del déficit neurológico inicial y la etiología.

P-1801

NO PUEDO MÁS CON ESTA DIARREA

RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz, MC Pérez Hueto

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: olmesartan-villous atrophy-sprue-like enteropathy**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 72 años sin alergias medicamentosas conocidas e hipertensión arterial en tratamiento con olmesartán 40 mg/24h que acude al servicio de urgencias por diarrea y pérdida de 15 kg de peso en los últimos 6 meses. Exploración física: Regular estado general, deshidratada y con palidez cutánea. Abdomen con dolorimiento difuso y peristaltismo aumentado, sin masas ni megalias. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Analítica con creatinina 3,4mg/dl, potasio 2,5mM/l, hierro 25ug/dl, Hb 9,4, VCM 70, resto normal incluidos anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso. Rx tórax, Rx abdomen simple y TAC abdominal normales. Colonoscopia: mucosa cuarteada en recto-sigma con exudado blanquecino. Histología: aplanamiento de vellosidades con atrofia moderada-grave, hiperplasia de criptas y linfocitosis intraepitelial T. DIAGNÓSTICO FINAL Enteropatía sprue-like por olmesartán. EVOLUCIÓN Durante el ingreso en planta se inició dieta sin gluten sin mejoría tras 2 semanas. Se reinstauró una dieta normal y se suspendió el tratamiento con olmesartán. Tras 3 semanas sin tratamiento quedó asintomática con normalización analítica. Seis meses más tarde la paciente permanece completamente asintomática. DISCUSIÓN La enteropatía asociada al olmesartán es una reacción adversa que produce diarrea y pérdida de peso. El sexo, edad, dosis y duración del tratamiento no parecen relacionarse con el desarrollo de la enfermedad. Los hallazgos histológicos son indistinguibles de enteropatía sensible al gluten por lo que la mayoría de pacientes se diagnostican erróneamente de enfermedad celiaca. El hallazgo más habitual es la linfocitosis intraepitelial, distintos grados de atrofia de las vellosidades intestinales y engrosamiento de la membrana basal subepitelial. No obstante, en este caso la determinación de anticuerpos-antitransglutaminasa y la dosificación de inmunoglobulinas son normales. Sorprendentemente, la incidencia de HLA-DQ2 y HLA-DQ8 es mayor en pacientes con enteropatía asociada al olmesartán que en la población general, no descartándose una susceptibilidad genética. La suspensión del fármaco conlleva la resolución clínica y de los cambios histopatológicos.

CONCLUSIONES:

La comunicación de este caso refuerza la necesidad de tener en cuenta esta patología en pacientes con diarrea crónica y pérdida de peso en tratamiento con olmesartán ya que se trata de una patología infradiagnosticada con pocos casos descritos en la literatura.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1803

COMPLICACIONES DEL USO CRÓNICO DE CORTICOIDES.
A PROPÓSITO DE UN CASO

J Olsen Triulzi, C Rodríguez Ocejo, G Fermín Gamero, E Puerto Lara,
C Revol Musso, E Alfaro Belenguer, D Comas Díaz

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

PALABRAS CLAVE: corticoids-rib fracture-hematoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 años con antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento con prednisona 10 mg/día, que acude a urgencias por tumoración subescapular izquierda de aparición súbita y rápida progresión. Acudió a consultas externas de reumatología dos semanas antes por dorsalgia tras esfuerzo (refiere haber levantado una piedra de 80kgs junto con un compañero de trabajo), motivo por el cual se realizó radiografía de parrilla costal informada como fractura de 4º a 8º arcos costales posteriores derechos y de 3º a 8º arcos costales posteriores izquierdos, alguno con imagen sugestiva de proceso de consolidación/callos de fractura. En urgencias, estable hemodinámicamente, afebril, se constata deformidad evidente en zona dorsal izquierda, indurada, dolorosa, que ocupa toda la región escapular izquierda y que le limita los arcos de movimientos del miembro superior izquierdo. Analítica sanguínea sin alteraciones. Se solicita TAC torácico informado como gran hematoma adyacente a la pared costal izquierda en relación con las fracturas costales de la pared costal izquierda/arcos posteriores desde la 3ª a la 8ª costilla, que mide 10 x 4cm aproximadamente de diámetros axiales máximos, fracturas de los arcos costales posteriores derechos 4º al 8º. Valorado por cirujano torácico que decide ingreso para desbridamiento del hematoma subescapular izquierdo en quirófano, procedimiento realizado sin complicaciones. Favorable evolución post procedimiento, siendo alta a las 48 horas.

CONCLUSIONES:

El consumo de esteroides (0,5% de la población general y el 1,7% en mujeres de más de 55 años) es un claro factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis. El tratamiento prolongado con estos fármacos incrementa el riesgo de fracturas con dosis tan bajas como 5mg/día, por lo que sería recomendable en este grupo de pacientes la prevención de la osteoporosis (actividad física diaria, dieta con lácteos, exposición solar 10 minutos/día, suplementos de calcio y vitamina D). Así y todo, las complicaciones más frecuentes de las fracturas costales son el neumotórax y el hemotórax, en nuestro caso no hemos encontrado bibliografía al respecto en fracturas costales.

P-1804

HEMATOMA ESPONTANEO DEL MÚSCULO PSOAS

I Ponce García, J Monedero La Orden, EC Gómez Cuenca,
C Gandía Navarro, C Alfaro Gómez, MA División Hernández,
D Caldevilla Bernardo

Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: hematoma retroperitoneal-rivaroxabán-hematoma músculo psoas izquierdo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 86 años con hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica anticoagulada con rivaroxabán (20 mg cada 24 horas) y anemia de componente mixto (trastorno crónico / déficit de hierro / sospecha de síndrome mielodisplásico) que 24 horas antes de acudir a Urgencias, había sido dada de alta hospitalaria por insuficiencia cardiaca biventricular en paciente con estenosis aórtica moderada e insuficiencia tricuspídea severa, insuficiencia renal aguda de posible origen prerrenal, así como trombocitopenia y anemia, sin que se hubiera descartado patología mielodisplásica, motivo por el cual estaba pendiente de consulta en Hematología. Acude a Urgencias por coxalgia izquierda con impotencia funcional que se inició la noche previa al alta hospitalaria. No refería antecedente traumático, ni fiebre. En la exploración física: hemodinámicamente estable con palidez cutánea, afectada por dolor con postura antiálgica, flexo de cadera izquierda con impotencia funcional y hematoma en brazo derecho. La analítica sanguínea mostró como hallazgos significativos: hemoglobina de 8.7 g/dl, plaquetas de 71.000 x 10³/mcl, INR de 1.82 y actividad de protrombina del 44%. El resto de parámetros bioquímicos fueron normales. Destacaba un descenso de la hemoglobina de hasta 1.5 g/dl, respecto al hemograma previo. La radiografía de cadera y pelvis fue normal, por lo que se solicitó TAC abdomino-pélvico que evidenció hematoma total en músculo psoas izquierdo. El diagnóstico final fue: Hematoma espontáneo del músculo psoas izquierdo en paciente anticoagulada con Rivaroxabán. El tratamiento en nuestro paciente fue conservador, respondiendo adecuadamente al suspender el tratamiento anticoagulante, con reposo absoluto y analgesia.

CONCLUSIONES:

El hematoma retroperitoneal es una entidad inusual, suele aparecer asociada a traumatismos, discrasias sanguíneas o tratamiento anticoagulante, existiendo mayor riesgo para esta enfermedad en los pacientes ancianos y/o pluripatológicos. Para su diagnóstico es recomendable la realización de una prueba de imagen que delimite el tamaño y la posible expansión, respecto al tratamiento dependerá del estado hemodinámico del paciente y de los problemas derivados del hematoma, aunque en la mayor parte los casos, las medidas conservadoras son suficientes para la resolución del problema.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1805

CEFALEA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

J Monedero La Orden, EC Gómez Cuenca, D Caldevilla Bernardo,
I Ponce García, C Gandía Navarro, C Alfaro Gómez,
MA Divisón Hernández

Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: trombosis venosa cerebral-enfermedad inflamatoria intestinal-papiledema

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 46 años en estudio en Digestivo por dolor abdominal y pérdida de peso, que consulta en el Servicio de Urgencias por cuadro de una semana de evolución con cefalea de predominio frontal, no sabe precisar si tipo opresivo o pinchazo, acompañado de náuseas y vómitos. No clara foto-sonofobia. Refiere que al inicio del cuadro, se despertó por la mañana con cefalea, que ésta tiene predominio nocturno y varias veces le ha despertado por la noche, además duerme con la cabecera elevada. Mejoría parcial con la toma de analgésicos pero sin llegar a desaparecer. Niega síntomas visuales o neurológicos asociados. No fiebre. No episodios previos similares. En la exploración física muestra regular estado general con discreta bradipsiquia, pero el paciente estaba consciente y orientado, presenta rigidez nuchal y Glasgow de 15. En el fondo de ojo se observa papiledema, siendo el resto de la exploración neurológica sin alteraciones de interés. En la analítica urgente destacaba un Dímero D 671, siendo el resto de parámetros incluido tóxicos en orina normales. Ante estos hallazgos clínicos, se solicita TAC craneal urgente que confirma trombosis venosa aguda en el seno transversal y sigmoide, con dudosos signos de trombosis crónica en seno longitudinal superior. El paciente ingresa en la Unidad de Ictus de nuestro hospital de referencia, iniciándose tratamiento anticoagulante con buena evolución clínica. El diagnóstico final fue de Trombosis venosa cerebral en paciente con debut de enfermedad inflamatoria intestinal.

CONCLUSIONES:

La incidencia de las trombosis venosas cerebrales es baja. Precisan una alta sospecha clínica para el diagnóstico por sus manifestaciones inespecíficas y, algunas de ellas, inusuales. Como factores predisponentes, la enfermedad inflamatoria intestinal ha sido el único identificado. El TAC y el dímero D son muy útiles para diagnóstico en el servicio de Urgencias. La instauración de un tratamiento precoz con anticoagulación puede mejorar el pronóstico (mortalidad y complicaciones) de estos pacientes.

P-1806

SÍNDROME VÁSULO-RENAL

M Martínez Fort, N Campos Olive, J García Prieto,
S González Caminero

Hospital de Manises. Valencia

PALABRAS CLAVE: vasculitis-hemodiálisis-tromboembolismo pulmonar

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 63 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de asma extrínseca y apendicectomizada. Tratamiento habitual prednisona 10 mg cada 24h y calcio carbonato+colecalfierol 500mg + 800 UI y omeprazol 20 mg por polimialgia reumática de reciente diagnóstico. Acude a urgencias derivada por médico de atención primaria por cuadro de 15 días de evolución de astenia perdida de 3 kg de peso y hematuria con cifras de creatinina de 3?43 mg/dl. Exploración física: fetor urémico, normotensa, a destacar en auscultación hiperventilación en base izquierda y edema sin fovea de ambos miembros inferiores. Pruebas complementarias en urgencias: analítica destacar creatinina de 8?24, urea 307, proteína C reactiva 195 y 16000 leucocitos con neutrofilia. Sedimento de orina con proteínas 100 mg/dl con microhematuria. Ecografía renal: riñones aumentados de tamaño sugestivos de nefropatía aguda bilateral no obstructiva. Ingresa en unidad cuidados críticos para iniciar hemodiálisis, donde se realiza un ecocardiograma normal, pruebas de autoinmunidad anti-PR3 199.90 positivo muy fuerte, serologías víricas múltiples negativas, tomografía torax consolidación base derecha con tromboembolismo pulmonar subsegmentario, zonas de alveolización hemática en lóbulo superior izquierdo. Ante cuadro de vasculitis PR3 positiva con afectación pulmonar y renal se administran bolos de metilprednisolona, posteriormente prednisona 60 mg al día y bolos de ciclofosfamida 500 mg. Se realiza plasmaféresis y hemodiálisis. Se suspende plasmaféresis por neumonía derecha con derrame pleural. Se instaura cobertura antibiótica con empeoramiento que requiere ventilación mecánica no invasiva. Tras plasmaféresis y hemodiálisis se restaura función renal con cifras de creatinina de 1?4 mg/dl por lo que se suspende dicho tratamiento. Tras el alta hospitalaria la paciente continúa con tratamiento con bolos de ciclofosfamida y control en consultas externas de nefrología.

CONCLUSIONES:

Ante paciente con fallo renal agudo hay que tener en cuenta la vasculitis como causa posible, poco frecuente pero potencialmente grave. A tener en cuenta como datos de sospecha la hematuria y la imagen de posible hemorragia alveolar en la radiografía de tórax.



CASOS CLÍNICOS

P-1820

DISFAGIA CON REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA

M Guzmán Ruiz, M Cárdenas Antón, R Rivas Martínez

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

PALABRAS CLAVE: disfagia-síncope-dolor torácico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

*ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 74 con AP: HTA, DM Tipo II, Dislipemia, Hernia de Hiato, que acude a urgencias por disfagia a sólidos y líquidos, sialorrea y sensación de nudo retroesternal de inicio brusco tras ingesta de pincho de carne. No disnea. *EXPLORACIÓN FÍSICA: BEG, COC, BHYP. GLASGOW 15. No focalidad neurológica. TA 120/79mmHg. FC 79 lpm. ACR: tonos rítmicos no soplos roces ni extratonos. MVC con crepitantes en base derecha. no edemas en mmii ni signos de TVP. *PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Hemograma normal. BQ Cr 1.5, Potasio 4,6, Sodio 153, Tropinina I 0,4. A su llegada se intenta realización de EDA: se aprecia cuerpo extraño impactado en esófago distal que no se puede extraer por presentar durante el procedimiento bradicardia severa con síncope, cortejo vegetativo intenso, motivo por el que se deriva a UCI para EDA bajo monitorización continua. EDA en UCI: Dislocación longitudinal en esófago distal junto a cuerpo extraño de unos 4cm, se procede a extracción de cuerpo extraño sin complicaciones. En monitor se registra BAV completo con escape de 30lpm, que se acompaña de presíncope, recuperando ritmo sinusal. EKG en UCI: P a 120lpm, FC a 35lpm con BAV 3:1-4:1. El paciente pasa a Cardiología por episodios de dolor torácico tras EDA y estudio de bradicardia sintomática. Ecocardiografía: AI normal. VI no dilatado, no alteración de la contractilidad segmentaria. No valvulopatías. Ergometría: concluyente, clínica y eléctricamente negativa. EKG en Cardiología: RS y BRDHH y BRIHH alternando. *EVOLUCIÓN: Durante su estancia en Cardiología, presenta episodios de dolor torácico, sin cambios eléctricos que ceden con cafinitrina, se decide implante de Marcapasos por bloqueo de rama alternante y BAV completo paroxístico.

CONCLUSIONES:

Los bloqueos A-V completos con ritmo de escape lento o inestable producen diversos síntomas, en especial la llamada crisis de Stoke-Adams, que consiste en episodios de pérdida de conciencia súbita, acompañadas de palidez y ocasionalmente de relajación de esfínteres. Habitualmente los pacientes se recuperan en pocos minutos, sin secuelas neurológicas, pero en ocasiones pueden determinar muerte súbita. Los casos de bloqueos AV completos definitivos asociados a síntomas deben ser tratados con marcapasos definitivo independientemente del nivel del bloqueo.

P-1821

HIPONATREMIA Y CÁNCER

PD Marzzan Buratti, V Mateo Cañizares, Y Romero Castro, E Delgado Martínez, MA Gomariz Martínez, JV Ortega Liarte, T Ortega Rus

Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia

PALABRAS CLAVE: hiponatremia-paraneoplásico-SIADH

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 67 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por astenia de un mes de evolución sin otros síntomas asociados. En la exploración no se objetiva ninguna alteración. Se realiza analítica de sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax. En la analítica destaca hiponatremia moderada con un sodio de 119 con resto de parámetros dentro de la normalidad. Electrocardiograma normal. Rx de torax PA y L con leve aumento del mediastino superior. Se decide ampliar estudio solicitando iones en orina, objetivando un aumento en la excreción de sodio y una osmolaridad plasmática menor de 280 mOsm/kg. Ante los hallazgos analíticos y radiológicos se decide ingreso para estudio por sospecha de SIADH secundario a posible neoplasia. Durante el ingreso se realiza TAC torácico siendo diagnosticado de carcinoma microcítico de pulmón y confirmando la sospecha diagnóstica que motivó el ingreso.

CONCLUSIONES:

El SIADH es la causa más frecuente de hiponatremia asociada a cáncer. Se presenta en un 2% de los pacientes oncológicos, siendo el cáncer de pulmón la neoplasia asociada más frecuente (la estirpe histológica que más se asocia con el SIADH es el cáncer microcítico). Los criterios para establecer el diagnóstico de SIADH están bien establecidos, debe existir: hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, aumento en la excreción urinaria de sodio e hiperosmolaridad urinaria en ausencia de tratamiento con diuréticos (como era el caso de nuestro paciente). Por lo tanto, en urgencias no se debe subestimar a la hiponatremia aislada en ausencia de tratamiento con diuréticos y tener presente los diagnósticos diferenciales que pueden ser causa de la misma.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1822

CEFALEA EN CONTEXTO DE FÍSTULA DE LÍQUIDO
CEFALORRAQUÍDEO

MC Mateos Madrid, C González Pozo, M Tejón Ruiz

Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: cefalea-fístula-cefalorraquídeo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 51 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, obesa, síndrome ansioso-depresivo, migraña y en estudio por ORL por posible fístula de líquido cefalorraquídeo a nivel de techo de fosa nasal, en etmoides anterior área paracribosa. MOTIVO CONSULTA: desde el día anterior a la consulta refiere cefalea de predominio frontal, con mareo y náuseas, afebril. EF: TA 130/80, FC 75, temperatura 37.3, bien saturada, bien hidratada, nutrida y perfundida, eupneica, normocoloreada, REG, consciente, Glasgow 15 pero bradipsíquica y nada colaboradora, no aparente focalidad neurológica, dudosa rigidez de nuca. ACP: rítmica, no soplos, mvc. Abdomen blando, depresible, no masas, no megalias, no doloroso. EELL: no edemas ni signos de tvp. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: - Analítica: leucos 12800, hb 10.5, plaqueta 314000, hemostasia normal, glucosa 217, creatinina 1.11, sodio 138, potasio 4.1, PCR 0.6. - Tac craneo: sin hallazgos.

CONCLUSIONES:

Se comenta el caso con neurocirugía de hospital Carlos Haya para valoración y se indica realización de punción lumbar para completar el estudio. Líquido cefalorraquídeo (LCR) resultante: de aspecto turbio con 7000 leucos/mm³, 80% de polimorfos nucleares, no se detectan microorganismos, glucosa 3, proteínas 437. Tras resultado de análisis de LCR se traslada el paciente a hospital Carlos Haya a cargo de neurocirugía con juicio clínico: meningitis secundaria a fístula de LCR nasal. A la llegada a hospital de referencia la paciente presenta afasia/disfasia motora, obedece órdenes con dificultad, no otra focalidad neurológica. Se inicia tratamiento con levetiracetam, antibioterapia de amplio espectro y dexametasona. Se hace TAC craneal con contraste: salida de éste a partir de fosa temporal derecha a seno esfenoidal derecho a través de la dehiscencia ósea de pared lateral del mismo. Se hace interconsulta con ORL para intervención quirúrgica que es exitosa.

P-1824

DOCTOR, NO PUEDO PARAR DE MOVER EL BRAZO

J Palacios Castillo, P Valverde Vallejo, M Cabrera Martínez

Hospital Regional Universitario de Málaga

PALABRAS CLAVE: corea-disartria-accidente cerebrovascular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

* Antecedentes Personales: Varón 67 años. Fumador de 40 cigarros/año. Bebedor de 4 copas de ponche al día y whisky. Hipertensión Arterial sin tratamiento. * Motivo de Consulta: movimientos involuntarios del brazo izquierdo. * Anamnesis: dos horas previas a la consulta en urgencias el paciente nota mientras recogía espárragos que se le caen de la mano izquierda, sensación extraña en pierna izquierda y dificultad para hablar que cede en una hora de forma espontánea. Posteriormente comienza con movimientos involuntarios del brazo izquierdo y en menor medida de la pierna izquierda. * Exploración: TA 161/85. FC: 80 lpm. Sat O₂ 94%. BMtest 134 mg/dl consciente, orientado, lenguaje normal. - Cabeza y Cuello: pulsos carotídeos palpables y simétricos. No Ingurgitación yugular. - Auscultación Cardiorespiratoria: rítmico, regular, sin soplos, roces, extratonos ni ruidos patológicos. - Exploración neurológica: PICNR. Nistagmus horizontatorio en la mirada lateral extrema derecha. Parálisis facial central izquierda. Leve pronación del MSI. ROT simétricos. RCP extensor izquierdo. Sensibilidad normal. Hemi-corea del miembro superior izquierdo. * Pruebas Complementarias: - ECG: Ritmo Sinusal a 80 lpm. Sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización. - Rx de tórax: ICT aumentado. Hipertrofia ventricular izquierda. - Analíticas seriadas: sin alteraciones destacables. - TC craneal: sin hallazgos significativos. - RM craneal: dentro de los límites normales. - Doppler de troncos supraaórticos, engrosamiento intimal difuso.

CONCLUSIONES:

El paciente ingresó en urgencias como código Ictus quedando ingresado en la unidad de Ictus con juicio clínico de hemicorea aguda de probable origen vascular resuelta. Fue tratado con antiagregantes y haloperidol con mejoría clínica hasta desaparición de los síntomas. El motivo de consulta que pudiera dar a pensar en un proceso de simulación apoyado además en la normalidad de las pruebas complementarias realizadas no debe llevarnos a restar importancia al cuadro. No debemos olvidar que la historia clínica junto con la exploración física son fundamentales en nuestra práctica clínica siendo las pruebas complementarias una herramienta en la que apoyarnos para llegar al diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1825

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE CERVICALGIA

CS López Seijas, C Seijas Rodríguez, H Villena García del Real,
C Varela Donoso, B Martínez Barreira

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

PALABRAS CLAVE: hematoma epidural-compresión medular-mielopatía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 50 años, sin antecedentes de interés. Consulta en nuestro SU por cuadro de inicio súbito de intenso dolor cervical irradiado a miembros superiores e inferiores, asociado a parestesias con evolución de forma progresiva a paresia de extremidades izquierdas de predominio crural. Niega traumatismo previo. EF y PC: Nivel sensitivo D3-D4. Tetraparesia de predominio crural y predominio izquierdo (EES 4/5, EID 3/5, EII 1/5). Resto exploración sin hallazgos. ECG, Análítica sangre, TC craneal, Rx tórax sin hallazgos. TC Cervical: imagen hiperdensa de 7 x 21 mm, en región posterior de canal raquídeo, a nivel C6-C7, que comprime saco dural Diagnóstico: HEMATOMA EPIDURAL ESPONTÁNEO A NIVEL MEDULAR C7. Diagnóstico Diferencial: hematoma espinal subdural, metástasis extradurales, abscesos extradurales, procesos discales agudos. Evolución: ingreso Neurocirugía y realización de cirugía descompresiva urgente. Evolución favorable.

CONCLUSIONES:

El hematoma espinal epidural espontáneo (HEEE) es una patología poco frecuente (incidencia 1/1.000.000 habitantes/año, representando el 0.3-0.9% de las lesiones con efecto masa sobre la médula espinal) que puede producir un deterioro neurológico brusco e irreversible, siendo fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz. Se considera espontáneo cuando no se logra identificar el origen causal (40-50% casos), sin embargo existen factores predisponentes, como la toma de antiagregantes/ anticoagulantes, discrasias sanguíneas, embarazo, patología tumoral, etc. La presentación clínica típica consiste en dolor agudo e intenso en la columna vertebral con características radiculares que puede ir acompañado o seguido de signos clínicos de mielopatía. Todos los segmentos espinales pueden estar afectados pero las localizaciones más frecuentes son las uniones cervicotorácica y toracolumbar. Es esencial un rápido diagnóstico clínico y su confirmación mediante una prueba de imagen, preferiblemente resonancia magnética. El tratamiento de elección es la descompresión quirúrgica inmediata ya que su evacuación de forma precoz está relacionada con un mejor pronóstico. En ciertos casos, en los que el déficit neurológico sea leve o el paciente experimente una mejoría significativa espontánea en las primeras horas, puede optarse por un tratamiento conservador.

P-1827

DOCTOR, ESTOY AMARILLA... ¿QUÉ ME PASA?

AR Lindo Noriega (1), FM Urtecho Paredes (1), LM Cruz Ramírez (1),
PP Saire Atauje (1), FJ Caballo Trebol (1), A Castillo Morcillo (2),
MA García Herraiz (2)

(1) Hospital General de Villarrobledo. Albacete. (2) Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: ictericia-astenia-dolor hipocondrio derecho

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer 53 años acude a urgencias por sensación de astenia intensa de 5-6 días acompañada de coloración amarilla de piel y mucosas, náuseas y sin vómitos, dolor en hipocondrio derecho, coluria y acolia. No consumo de fármacos nuevos recientemente, no viajes al extranjero, no pérdida de peso objetivada. no fiebre. Exploración Física: BEG, BEH, BEN, Ictericia franca en piel y mucosas. ACP: normal Abdomen: Dolor a la palpación en HCD, RHA +, Murphy negativo, No signos de irritación peritoneal. MMII: No edemas, No signos de TVP Neurológico: Sin hallazgos Exploración Complementaria: Analítica: GOT 1539 GPT 1353 GGT:422 BT: 11.5(D:10.5) resto normal Serología: Hepatitis VHB y VHC negativos, VHA IgM(-) IgG(+) VHE(-), Toxoplasma(-), CMV IgM(-) y IgG(+) Autoinmunidad: ANA, Anti centrómero, AMA, antimicrosomales, antimusculo liso, anticélulas parietales gástricas, ANCA, asnti reticulina, antitransglutaminasa NEGATIVOS. ENAs negativos. IgA 192. Proteinograma con hipergammaglobulinemia policlonal. Inmunofijación suero sin anormalidad evidente. IgG 2903, IgA 209, IgM 224. Haptoglobina 23, ceruloplasmina 52. Marcadores: alfafetoproteína 17.9, CEA 2.1, CA 15.3 29.2, CA19.9 143.8, CA125 19.3 H. tiroideas normales. Ac fólico 13, vitamina B12 1267. TAC Abdominal: Los hallazgos descritos son compatibles con signos de hepatitis aguda. Lesión focal en segmentos IVa y IVb hepáticos compatibles con quiste hidatídico. Signos de colecistitis crónica litiásica. Litiasis subentimétrica en GCI del riñón derecho. Evolución: La paciente ingresa con el diagnóstico de probable hepatitis realizándose en estudio descrito. Ante aumento de IgG se piensa en hepatitis autoinmune y se inicia tratamiento con corticoides con buena respuesta. Al alta analítica con: bilirrubina 2.6 con directa 1.7, GOT 140, GPT 397, GGT 432, LDH 266 (índice hemolítico 61), PCR 1.2, hemoglobina 13.5, plaquetas 149000, leucocitos 15390. Actividad de protrombina 85%. Ante la buena respuesta clínica con corticoides se decide control por Consulta de Digestivo. DX: Hepatitis Aguda Probablemente Autoinmune. Colecistitis crónica Litiásica.

CONCLUSIONES:

Ante un cuadro clínico inicial de Ictericia y dolor debemos mantener nuestro abanico diagnóstico abierto hacia patologías no urgentes.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1828

¿QUÉ ME DICEN TUS OJOS?

JJ Figueroa Pérez (1), MF Daccach Navarro (2),
A Bermúdez Smith (3), O Vechionacci López (4), M Rivera Calderón (5)

(1) Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja. (2) Centro de Salud Cascajos. Logroño. (3) CARPA. (4) Centro de Salud San Agustín. (5) Hospital San Pedro. La Rioja

PALABRAS CLAVE: ptosis palpebral-miastenia gravis-diplopia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de un varón de 75 años sin antecedentes de patologías neurológicas o factores de riesgo cardiovascular, en tratamiento habitual con dutasteride/tamsulosina por hipertrofia prostática. Inicia sus síntomas 72 horas antes de acudir urgencias caracterizados por inestabilidad sin sensación de giro de objetos y ¿caída? del párpado superior derecho con dificultad para su apertura. La clínica remite espontáneamente para luego reaparecer con mayor intensidad. Acude a su centro de salud donde administran corticoide intramuscular presentando leve mejoría y remiten al hospital de referencia. Niega otros síntomas asociados. En urgencias destaca ptosis palpebral derecha que sobrepasa la línea media del ojo y leve nistagmus horizontorrotatorio derecho. El resto de la exploración era normal, incluyendo reflejos pupilares, movilidad ocular extrínseca (MOE) y ausencia de fatigabilidad a la apertura y cierre ocular. La analítica y las pruebas de imagen (radiografía de tórax y tomografía craneal) no reportaron hallazgos patológicos. Durante su estancia en observación presenta mejoría total de los síntomas por lo que se acuerda derivar a consulta externa de neurología para valoración, sin embargo, no acudió a la cita. Ocho días después presenta nuevo episodio de ptosis palpebral intermitente, ahora izquierda, diplopía binocular y dificultad para deglutir por lo que acude nuevamente a urgencias, donde se confirman los síntomas descritos y se acuerda ingreso en neurología para estudio. Nuevamente las pruebas realizadas no mostraron hallazgos patológicos. Durante el ingreso se realizan múltiples estudios destacando resonancia magnética cerebral con lagunas de hiperseñal en sustancia blanca silviana profunda, test de estimulación repetitiva y Jitter con alteraciones electrofisiológicas significativas de la transmisión neuromuscular de carácter postsináptico y anticuerpo anti-receptor de acetilcolina positivo, confirmándose el diagnóstico de miastenia gravis. Se pautó tratamiento con piridostigmina con remisión de los síntomas.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades neurológicas constituyen uno de los retos más difíciles a los que se enfrenta el médico de urgencias. Es importante realizar una adecuada exploración semiológica y mantener una alta sospecha clínica de múltiples patologías, incluso de las menos prevalentes en urgencias, para realizar un diagnóstico correcto.

P-1829

CAUSA INFRADIAGNÓSTICA DE DOLOR ABDOMINAL

P Romero Crespo, A Mercado Pardo, A Albiñana Fernández,
R Carbonell Vayá, T Bernabeu Torregrosa, L Cifuentes García,
M Pinilla Bernechea

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: apendangitis epiploica-dolor abdominal-disociación clínica radiológica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de una mujer de 59 años cuyos antecedentes personales son HTA, hipotiroidismo y apendicectomizada. Su tto actual consiste en eutirox 50 Mcrogr / día y bisoprolol 2.5 mg. Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal localizado en FII de 24 horas de evolución, continuo e invalidante, no había presentado fiebre días previos ni alteración del ritmo intestinal, tampoco síndrome miccional, había estado tomando AINE desde hacía 24 horas pero mejoraba parcialmente. En la exploración física se evidenciaba afectación del estado general, con auscultación cardio-pulmonar normal y a nivel abdominal presentaba dolor intenso a la palpación en cuadrante inferior izquierdo con defensa voluntaria pero sin peritonismo. La analítica y la RX de abdomen fueron normales. Ante la afectación general y la disociación clínica- radiológica se solicita directamente un TAC abdomino pélvico donde se evidencia lesión inflamatoria de la grasa omental paracolonica izquierda de morfología ovoidea con anillo hiperdenso, compatible con apendangitis epiploica. Se deja a la paciente en Observación 24 horas para instaurar tto con analgesia iv, hidratación y dieta líquida mejorando la sintomatología claramente, por lo que se remite a su domicilio. En éste caso no se inició antibioterapia por la buena evolución clínica.

CONCLUSIONES:

El dolor abdominal es uno de los cuadros urgentes de mayor desafío diagnóstica. La exploración física y las pruebas complementarias básicas ayudan a la orientación diagnóstica y terapéutica de la mayoría de procesos, la mayor utilización de TC abdominal en éste contexto ha permitido reconocer entidades de rara aparición y manejo conservador como en nuestro caso. La apendangitis epiploica consiste en la inflamación de un apéndice epiploico como consecuencia de su torsión o de la trombosis espontánea de su vena de drenaje. Su prevalencia es desconocida (2-8% de los pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda). La clínica es de aparición aguda o subaguda, la mayoría de los casos se localizan en FII. Es una entidad benigna y autolimitada que remite en 10-14 días y como complicaciones raras pueden aparecer adherencias, abscesos y peritonitis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1830

LO QUE PUEDE ESCONDER LA FOSA ILIACA IZQUIERDA

L Pérez Ordoño, LT Vázquez Rodríguez, I Fernández Marín,
C Rubio Chacón, E Muro Fernández de Pinedo, F Trapiello Valbuena,
S Borrueal Nicenta

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: epiplón-epididitis-diverticulitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 71 años, hipertenso y dislipémico, que consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda constante, irradiado a genitales, sin otra clínica digestiva ni genitourinaria asociada. Se encontraba afebril, con una TA de 188/70 mmHg. El abdomen era doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, no mostrando signos de peritonismo. La analítica realizada era muy anodina, presentando función renal normal, leucocitos de 7600/mcl (71.9%N) y una PCR de 5.65 mg/dl. El sedimento urinario mostraba únicamente 2 hematíes por campo. La radiografía de abdomen no aportó ningún hallazgo significativo, por lo que se completó el estudio con una ecografía abdominal, la cual se evidenció una afectación de la grasa adyacente al colon de 5-6 cm, donde se delimita una estructura ovoidea de 38 x 24 mm, sin evidenciar divertículos colónicos. Estos hallazgos eran sugestivos de cambios inflamatorios en la grasa que rodea un apéndice epiploico aumentado (apendagitis).

CONCLUSIONES:

El dolor abdominal agudo es uno de los cuadros urgentes de mayor desafío diagnóstico. Una correcta anamnesis y el uso correcto de las pruebas complementarias ayudan a la orientación diagnóstica y terapéutica en la mayoría de los procesos. El tratamiento de la apendagitis epiploica es conservador y consiste en reposo, analgesia y dieta ligera, no siendo preciso la antibioterapia ni el tratamiento quirúrgico. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la apendicitis si afecta al lado derecho y con la diverticulitis si es en el lado izquierdo.

P-1831

DERMATOSIS AGUDA FEBRIL NEUTROFÍLICA

L Pérez Ordoño, LT Vázquez Rodríguez, E Muro Fernández de Pinedo,
AP García Marín, J Vila Santos, I Fernández Marín, ML Castro Arias

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: síndrome de Sweet-fiebre-biopsia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 33 años, bajo tratamiento con fluoxetina por un trastorno ansioso-depresivo, que consulta por la aparición hace 24 horas de lesiones cutáneas dolorosas de inicio en extremidades inferiores y posterior progresión a extremidades superiores, espalda, región anterior del tórax y cara. Se acompañaba de fiebre elevada con malestar general y artromialgias. En la valoración inicial se encontraba afebril y eupneica. No presentaba alteraciones a nivel conjuntival, de mucosas ni signos de artritis. Únicamente presentaba pápulas centrimétricas eritematoedematosas infiltradas, con pseudovesiculación central distribuidas por toda la anatomía, incluyendo palmas, plantas y región facial. La analítica demostraba una PCR de 4.41 mg/dl, VSG 24 y leucocitos de 8600/mcl (68.1%N, 5800/mcl). Función renal, hepática y sedimento urinario sin alteraciones. Valorada por Dermatología, se realizó biopsia de una de las lesiones. El estudio histopatológico concluyó la presencia de una dermatosis neutrofílica compatible con síndrome de Sweet. Recibió tratamiento con prednisona a dosis de 0.5 mg/Kg de peso durante 2 semanas, con resolución de las lesiones. Se realizó posteriormente de forma ambulatorio un estudio para descartar causas secundarias de esta entidad, siendo todo negativo.

CONCLUSIONES:

Si bien el síndrome de Sweet, también conocido como dermatosis aguda febril neutrofílica, se puede presentar de forma idiopática, es importante realizar un estudio y seguimiento para descartar enfermedades asociadas o factores desencadenantes (infecciones, enfermedades inflamatorias, neoplasias, fármacos y embarazo). En sus formas típicas, el diagnóstico es fácil y descansa en los criterios de Su y Liu.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1833

PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A Albiñana Fernández, A Mercado Pardo, P Romero Crespo, R Carbonell Vaya, JL Berlanga González, C Orti Montañana

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: pericarditis-dolor torácico-enfermedad de Crohn

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Las manifestaciones extraintestinales son frecuentes en el curso evolutivo de la enfermedad inflamatoria intestinal siendo la afectación cardiaca una de las menos comunes. La pericarditis aguda es su forma de presentación más habitual (70%) Presentamos el caso de un varón de 38 años, diagnosticado Enfermedad de Crohn ileo-cólica tratada desde hace años con metotrexate semanal, que acude a Urgencias por dolor torácico retroesternal opresivo, irradiado al cuello y a ambos hombros que aumenta con la respiración profunda y en decúbito supino. Niega cortejo vegetativo, disnea o semiología infecciosa asociada. En el ECG realizado destaca Rs a 75lat/min con elevación del segmento ST cóncavo de predominio en DII y avf con PR descendido A la exploración física sólo destaca una auscultación cardiaca con evidencia de roce pericárdico, siendo la Rx de tórax, las analíticas con enzimas cardiacas practicadas y la Ecocardiografía urgente normales. Ante la sospecha diagnóstica de pericarditis aguda, el diagnóstico etiológico diferencial que nos planteamos incluye la pericarditis como manifestación extraintestinal del Crohn, la toxicidad por metotrexate o otras causas más comunes de pericarditis aguda como las infecciones virales, la tuberculosis y las enfermedades autoinmunes. Se inicia tratamiento con dosis altas de AAS cada 8 horas durante 15 días y colchicina cada 24 horas, procediendo al alta domiciliaria del paciente con buena evolución clínica y control en consultas externas.

CONCLUSIONES:

La pericarditis en la enfermedad de Crohn puede deberse a una manifestación extraintestinal de la propia enfermedad en coincidencia con un brote o en fase asintomática o bien como efecto secundario del tratamiento empleado. En este último caso, suele aparecer durante las primeras semanas de tratamiento relacionado con hipersensibilidad inmediata y, en otros, tras tratamiento prolongado durante varios años como en el caso que aportamos. El tratamiento consiste en el empleo de antiinflamatorios no esteroideos siempre con la especial precaución de que estos fármacos pueden desencadenar brotes de Enfermedad de Crohn y retirada de los fármacos responsables.

P-1834

A PROPÓSITO DE UN CASO:
DIPLOPIA INTERMITENTE EN URGENCIAS

AM Maldonado Santiago, V Piña Martín, Al Caro Cabello

Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: diplopia-monocular-schwannoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción y Motivo de Consulta, Mujer de 48 años sin antecedentes de interés. Remiten desde consulta de oftalmología para valoración urgente por neurólogo. Por sospecha de Miastenia. Desde hace un mes presenta cuadro de diplopía, sólo presente con el ojo izquierdo e intermitente. La clínica se manifiesta en diversas ocasiones a lo largo del día. Exploración y Pruebas Complementarias: TA 130/75 Tª 36°C. Exploración física normal. Destaca leve exoftalmos en ojo izquierdo. Sin evidenciarse caída del párpado. Estando en consulta, refiere en determinados movimientos oculares la presencia de diplopía (se manifiesta al tapar el ojo sano) Estas manifestaciones clínicas nos hacen dudar de una miastenia, orientándonos a una causa más local. Se solicitan en Urgencias las siguientes pruebas complementarias. 1. Hemograma y bioquímica, normal. 2. Hormonas tiroideas, normales 3. TAC craneal sin contraste: tumor intraorbitario izquierdo intraconal, que desplaza o depende del nervio óptico (a completar con RMN).

CONCLUSIONES:

Ante una Diplopía Monocular la causa en la que se debe pensar es una causa oftalmológica. En este caso la diplopía es intermitente y cuando aparece se manifiesta diplopía incluso con oclusión del ojo sano, lo cual nos orienta hacia patología de una localización ocular o periocular. Una vez descartada la causa oftalmológica y no siendo muy concordante la clínica con una miastenia (no se objetiva caída del párpado durante las crisis de diplopía). Se considera de Urgencias la realización de una prueba de imagen diagnóstica. Que definitivamente nos da el diagnóstico: Tumor intraorbitario izquierdo. Quedó ingresada en Neurocirugía. Se realizó RMN, Nódulo de 16x19mm de diámetro intraconal retroocular situado dentro de la vaina del nervio óptico (abre la vaina). Desplaza nervio óptico. Podría corresponder a un Schwannoma de la vaina del nervio óptico. Consideramos por tanto, los pacientes que acuden a urgencias con cuadro de Diplopía sin antecedentes (no Diabéticos, no hipertensos) con una Diplopía no claramente establecida y sin afectación de una par craneal específico la realización de Un TAC craneal en el Servicio de Urgencias.



CASOS CLÍNICOS

P-1835

LA TORMENTA PERFECTA

JJ Vives Hernández (1), IM Reina Nicolás (2),
M Cascales Sánchez (2), S Sánchez Soler (2), J Nicolás Gálvez (2),
MI Arjona López (3)

(1) Hospital Universitario Virgen del Castillo. Murcia. (2) Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. (3) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: crisis tiroidea-taquicardia-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 26 años que consulta en puerta de urgencias por un cuadro de dos horas de evolución de palpitaciones y disnea. La paciente no presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés, sin tratamientos crónicos, es natural de Paraguay y reside en España desde hace 5 años. A su llegada se objetiva fiebre de 38.5 °C y una fibrilación auricular en el ECG a 130 lpm. Además se encuentra taquipneica a 34 rpm con una saturación de O₂ del 94%. En una anamnesis más profunda asocia en los últimos tres meses astenia, disnea a moderados esfuerzos, nerviosismo, pérdida de 5 kilos de peso en los últimos dos meses, disfagia ocasional a sólidos, amenorrea de 3 meses y sensación de bultoma cervical desde hace 1 año. La clínica por la que consulta hoy es el quinto episodio similar en 1 año sin haberlo consultado con anterioridad. En la exploración física llama la atención que se encuentra arritmica y taquicardica, con crepitantes bibasales, edemas pretibiales sin fovea y un bocio no doloroso a la palpación sin nódulos palpables. En este punto preguntamos a la paciente si en alguna ocasión en su país le habían diagnosticado de alguna alteración tiroidea a lo que contesta que sí pero que no recuerda bien. Ante la sospecha de una crisis tirotoxicológica procedemos al cálculo del score dando un resultado de 55 (alta probabilidad de crisis tirotoxicológica). Solicitamos perfil tiroideo de urgencia con una TSH de 0.01, T3 20 y T4 6.67, así como una Rx de tórax con datos de insuficiencia cardiaca moderada. Antes de obtener los resultados se inicia tratamiento con atenolol, hidrocortisona, furosemida, paracetamol, enoxaparina, tiamazol y solución yodo-yodurada. La paciente ingresa en UCI.

CONCLUSIONES:

La crisis tirotoxicológica o tormenta tiroidea es un cuadro clínico hipermetabólico, con riesgo vital para el paciente en el que se produce la disfunción de al menos un órgano vital. Es una complicación poco frecuente pero muy grave de un hipertiroidismo no diagnosticado o tratado inadecuadamente. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Respecto al tratamiento es una emergencia médica y no se puede esperar a una confirmación analítica para el mismo.

P-1836

ESPONDILODISCITIS DORSAL COMO COMPLICACIÓN DE NEUMONÍA

M Gutiérrez de Antonio, S Gil López, P Alonso Chacón,
E Muñoz Alonso, A Narros Giménez, I Marcos Sánchez

Servicio de Urgencias. Hospital General de Segovia

PALABRAS CLAVE: espondilodiscitis-neumonía-cefazolina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 72 años sin AP de interés acude a urgencias derivado desde Primaria por persistencia de fiebre baja, esputos hemoptoicos con síndrome constitucional y aparición de dorsalgia rebelde a tratamiento analgésico mixto (mecánico y en reposo) tras ser diagnosticado 20 días antes de neumonía lóbulo inferior izquierdo en tratamiento con amoxicilina-clavulánico y posterior ciclo con levofloxacino con evolución tórpida. En urgencias tras anamnesis y exploración física normal salvo apofisalgia dorsal baja y ACP normal. Constantes vitales con saturación oxígeno 94% basal y temperatura 38.2 por lo que se repitió radiografía tórax AP y Lat y analítica con 2 Hemocultivos cuyos resultados fueron leucocitos 12.065 (76.8% N y 15% L) y PCR 11,2 mg/dl. y Radiografía de tórax: Persistencia de infiltrado en LLI y acúmulo de cuerpos vertebrales D9-D10 sin alteración de alineación de columna (No se observa en radiografía previa). Fue ingresado en Medicina Interna ante la sospecha de ESPONDILODISCITIS DORSAL SECUNDARIA A NEUMONIA para antibiótico intravenoso empírico con ceftriaxona y proseguir estudio. Radiografías de columna y RMN completa así como TAC toraco-abdomino-pelvíco para confirmar diagnóstico de espondilodiscitis D9-D10 con absceso intraóseo en evolución así como absceso pulmonar derecho y derrame pleural bilateral con infiltrado en lóbulo inferior izquierdo y en Hemocultivo: *Stafilococo Aureus* meticilina sensible con antibiograma por lo que se cambió a cloxacilina y posteriormente por persistencia clínica a cefazolina con respuesta excelente. Se le dio de alta 5 semanas después con antibiótico y analgésicos, interconsulta con traumatología para valoración de corsé e indicaciones de cirugía.

CONCLUSIONES:

Espondilodiscitis es un proceso inflamatorio del disco intervertebral y/o cuerpos vertebrales de diversas etiologías la más frecuente la infecciosa por vía hematogénica o contigüidad o tras intervenciones o traumatismos. Más frecuente en varones de unos 50 años con clínica diversa pero con dolor de espalda que no mejora con analgésicos o empeora. La proteína C reactiva monitoriza el tratamiento, prueba de imagen de elección es la RMN y hemocultivos nos dan etiología. Resumen: Discitis como complicación infrecuente en neumonías. Se debe pensar en discitis ante dolor de espalda en varones de mediana edad rebeldes a los analgésicos o que empeoran a pesar de ello.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1841

TETANIA EN PACIENTE JOVEN

P Toledano Sierra, S Zafar Iqbal-Mirza, N Lain Teres

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: tetania-calcemia-enfermedades renales**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 30 años, con antecedentes de dislipemia, mutación del gen de la protrombina en heterocigosis, con tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda en 2014 en tratamiento con acenocumarol y anemia ferropénica. En el momento de acudir a urgencias realiza tratamiento con hierro oral y acenocumarol. La paciente acude a urgencias por cuadro de náuseas con vómitos aislados (en número de 1-2 al día), hiporexia y disminución de la ingesta hídrica, de 5-6 días de evolución. Además, en las últimas 48 horas asocia calambres en manos y parestesias y espasmos faciales. Niega el consumo de otros fármacos salvo su medicación habitual. A la exploración física en urgencias destaca hipertensión arterial (Tensión arterial 180/95) y signo de Chvostek positivo, con resto de exploración física y constantes vitales normales. En las pruebas complementarias se objetiva hipocalcemia (Calcio corregido 6.5), hipomagnesemia (0.58), hipopotasemia (2.24), alcalosis metabólica (ph 7.55 bicarbonato 32) y anemia normocítica leve (Hb 11.8). Resto de hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y sistemático de orina normales. EKG y radiología de tórax normal. En urgencias se inicia reposición iónica intravenosa, hidratación intensa y se administra tratamiento antihipertensivo. Ante la sospecha de tubulopatía posible síndrome de Liddle (hipertensión temprana, alcalosis metabólica e hipocalcemia) se ingresa en planta. Durante su ingreso y tras la reposición iónica en urgencias la paciente se encuentra asintomática, objetivándose niveles bajos de renina y aldosterona por lo que unido a la hipertensión y las alteraciones iónicas presentes en urgencias, aumentan la sospecha diagnóstica inicial y se solicita el estudio genético confirmándose el diagnóstico de TUBULOPATÍA POR SÍNDROME DE LIDDLE. Tras el control de la tensión arterial y la normalización analítica la paciente recibió el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

El síndrome de LIDDLE también llamado pseudoaldosteronismo es una enfermedad con herencia autosómica dominante caracterizada por hipertensión arterial temprana, niveles bajos de renina y aldosterona, además de alcalosis metabólica e hipocalcemia. Se produce una alteración de la funcionalidad del riñón, con exceso de la absorción de sodio y aumento de pérdidas distales de potasio. El tratamiento se basa en la regulación de sodio en la dieta y el uso de diuréticos como el amiloride.

P-1843

TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO EN UN VARÓN JOVEN

A Gil Montes, I Calvo Sánchez, N Pazos Bernal, AM Gallardo Gallardo, MJ Fernández Rosa, MT Serrato Llamas, AJ Romero Alias

Hospital Serranía de Ronda. Málaga

PALABRAS CLAVE: trombosis de los senos intracraneales-accidente cerebrovascular-cefalea**HISTORIA CLÍNICA:**

Varón de 32 años sin alergias, BRCA2 positivo estudio genético 50%, no tratamiento médico. Acude a urgencias refiriendo visión en túnel esa misma mañana de segundos de duración tras la cual se instaura una cefalea frontal intensa acompañada de náuseas y un vómito. El paciente describe cefaleas ocasionales con anterioridad que ceden con un paracetamol. Solo un episodio similar a este hace unas 5 semanas pero no ha dicho nada. Se administra analgesia, se cursa analítica sanguínea. En la exploración neurológica no se detectan alteraciones en los pares craneales, la agudeza visual está conservada, no alteraciones en la marcha ni el equilibrio, pupilas isocóricas y normoreactivas, no alteraciones sensitivomotoras, ROT conservados. Resto de exploración anodina. Analítica discreta leucocitosis 11.54 con neutrofilia 85% resto de la fórmula normal, PCR 1.5. Informo al paciente de analítica y valoro control del dolor, este refiere que la cefalea se ha intensificado y presenta vómitos en la consulta. Refiere nuevo síntoma que previamente no había comentado para no preocupar a la mujer, desde el parto de la mujer hace dos meses, las escasas relaciones sexuales que han mantenido han despertado esta cefalea a nivel occipital de forma muy intensa que le ha impedido mantener erección y eyacular. Solicito TC craneal que concluye como hiperdensidad de seno transversal derecho respecto al contralateral a valorar posible trombosis del seno recomendando estudio con RM craneal. Se realiza RM de urgencias que se informa como trombosis venosa del seno transversal derecho y sagital superior de forma parcial. Se ingresa al paciente en Medicina Interna para tratamiento anticoagulante y antibiótico. Durante el ingreso el paciente asintomático y se realizan estudios de control por imagen donde no se detecta trombosis. En este momento el paciente está de alta pendiente de estudio de trombofilia. En los estudios de imagen no se objetivaron signos de causa infecciosa.

CONCLUSIONES:

La trombosis del seno cavernoso supone un bajo porcentaje (5%) en el total de las trombosis venosas cerebrales. Las causas más frecuentes son las infecciosas seguidas de las trombofilias.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1845

PRIMER CÓLICO EN PACIENTE ANCIANO, NO EXISTE HASTA QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO

MC Bermúdez Hernández (1), M Mestre Lucas (2), M Yus López (1), L del Valle Monje (1), A Roca García (2), J Álvarez Blanco (3), C Quispe Martínez (1)

(1) Fundación Jiménez Díaz. Madrid. (2) Hospital de Villalba. Madrid. (3) Centro de Salud Villaverde. Madrid

PALABRAS CLAVE: cólico renal-anciano-dolor

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 82 años, IAVD, hipertensa y dislipémica en tratamiento, acude a urgencias por cuadro de dolor en FRI irradiado a ingle de 4 horas de evolución asociado a náuseas. No fiebre, no clínica miccional, ni otra sintomatología asociada. Primer episodio. TA 157/102, FC 103, afebril. Exploración destaca fascie de dolor, puño-percusión izquierda positiva, resto anodina. Según anamnesis y exploración presenta cuadro clínico compatible con CRU izquierdo. Se realiza nalbúfina de urgencias, sedimento y radiografía de abdomen: se objetiva hematuria microscópica en sedimento, resto sin alteraciones. Presenta mal control del dolor, con lo que llega a precisar de tercer escalón de analgesia durante las 3 horas después de la llegada. Por la persistencia del dolor, y dudas sobre la certeza diagnóstica, se realiza ecografía no reglada por médico de las urgencias: se objetiva hidronefrosis grado III y masa a dicho nivel. Se habla con radiología que ante hallazgos, que realiza ecografía y finalmente TAC abdominopélvico cuyo informe tiene como conclusiones: estenosis del uréter distal izquierdo a nivel ureterovesical que podría estar en relación a neoplasia urotelial. Ectasia calicial secundaria complicada con urinoma en espacio perirrenal. (imágenes guardadas) Se avisa a urología de localizada que realiza colocación de CDJ urgente sin incidencias, y paciente ingresa para estudio y tratamiento posterior.

CONCLUSIONES:

- El primer episodio de CRU en anciano no existe hasta que se demuestre con imagen o se descarten otras causas.
- La ecografía en urgencias acorta tiempos de diagnósticos
- El debut de neoplasias puede ser rápido y confundir con otros cuadros.
- El mal control del dolor acaba siendo indicación de prueba de imagen.

P-1846

¡NO VEO!

S De Francisco Andrés, V Rodríguez Fariña, J Naranjo Armenteros, R Rodríguez Borrego, I Corbacho Cambero, C Gil Castillo

Hospital Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: deterioro-enolismo-ascitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 49 años traída a urgencias por deterioro del nivel de consciencia, trastornos de la marcha y alucinaciones visuales. Su marido la encuentra en el domicilio arreactiva a estímulos sin responder a órdenes verbales ni mantener tono alguno para la bipedestación. Niega náuseas, vómitos, fiebre o consumo de tóxicos declarados de manera habitual. Como antecedentes personales sólo destaca asma bronquial en seguimiento por neumología y en tratamiento únicamente con inhaladores. Su marido asegura que su comportamiento de los últimos meses es errático, con escapadas frecuentes de casa, aumento de peso a pesar de una menor ingesta y agresividad en su carácter. A nivel de constantes vitales destaca una taquicardia a 115 lpm con una hipotensión arterial asociada, sin fiebre y manteniendo buenas saturaciones. A la exploración física destaca una puntuación en la escala de coma de Glasgow de 11. La paciente se encuentra bien hidratada y perfundida, eupneica, confusa y bradipsíquica. A nivel cardio-pulmonar destaca un soplo sistólico polifocal. En la exploración abdominal destaca un edema ascítico a tensión que asocia circulación colateral abdominal. En extremidades inferiores encontramos gran edema con fovea hasta rodillas, sin signos de TVP asociados. Analíticamente vemos una anemia normocítica e hipocrómica junto con una hiponatremia franca. En ecografía abdominal concretamos el diagnóstico reflejando en esta una hepatopatía crónica con ascitis a tensión. Como diagnóstico final concluimos que las causas de su abigarrado cuadro clínico son: -Sospecha de encefalopatía de Wernicke -Cirrosis hepática de probable origen enólico CHILDB8 -Descompensación edemo-ascítica.

CONCLUSIONES:

El alcohol es la droga más consumida en nuestro país tanto por su bajo precio, como por la facilidad de acceso para conseguir bebidas alcohólicas. El consumo de esta sustancia está presente en muchos aspectos de la vida cotidiana. En general existe una baja percepción del riesgo asociado a su ingesta y una elevada aceptación social o normalización de su consumo, que lleva a considerar el beber como algo ¿normal? en ciertas situaciones. Las consecuencias orgánicas y mentales del consumo de alcohol son muchas, la dificultad en el diagnóstico precoz radica en la baja percepción del alcohol como droga y el escaso conocimiento de las consecuencias del consumo a largo plazo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1850

QUÉ DELIRIO TAN TREMENDO

IM Reina Nicolás (1), M Cascales Sánchez (1), S Sánchez Soler (1), J Nicolás Gálvez (1), MI Arjona López (2), JJ Vives Hernández (3)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. (3) Hospital Virgen del Castillo. Murcia

PALABRAS CLAVE: alcohol withdrawal delirium-emergencies-psychomotor agitation

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Obnubilación y alteración de conducta. Antecedentes personales: HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Alcoholismo crónico. Anemia Macrofítica leve. Déficit de B12 Situación basal: Independiente para ABVD. Tratamiento crónico: Metformina 850mg, Adiro 100mg, Atorvastatina 10mg, Enalapril 20mg Historia actual: Mujer de 79 años. El día del ingreso, estando en su situación basal, comienza bruscamente con alteraciones de conducta, agitación y alucinaciones visuales. Posteriormente presenta desconexión del medio con movimientos tónico-clónicos. En domicilio se objetiva glucemia capilar elevada por lo que se administra 10 UI de insulina rápida mejorando levemente su estado neurológico (comentan que ese día no tomo el antidiabético). No fiebre. No sintomatología infecciosa. Exploración física: Constantes:TA: 154/75mmHg. Glucometer 260mg/dl. Afebril. FC 86 lpm. FR 17 rpm. ACP: normal. Abdomen: anodino. MMII: no edemas, no signos de TVP. Exp.neurológica: No explorable totalmente por no colaboración de la paciente. Desorientada. Mueve brazos y piernas. Emite sonidos no inteligibles. No rigidez de nuca. No alteración de fuerza. Desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda. RCP flexor bilateral. Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucosa: 273mg/dL, Creatinina:0.85mg/dL, CK 187. Hemograma: Leucocitos: 27.1 10e3/uL, Neutrófilos: 55.6%, resto normal. Coagulación y orina sin alteraciones. Gasometría venosa: Lactato 4.1. Rx de tórax en decúbito supino: no patología cardio-pulmonar aguda. TC cerebral: Sin evidencia de patología intracraneal aguda. Evolución y comentarios: A su llegada a urgencias presenta estado de obnubilación con balbuceo y movimientos de extremidades no controlados. Precisa sedación con Midazolam para TAC craneal, mejorando parcialmente la clínica neurológica. Presenta pico febril, por lo que tras descartar foco infeccioso en exploraciones complementarias se realiza punción lumbar obteniendo líquido cefalorraquídeo normal. Dado que presenta sintomatología neurológica y pico febril, se decide instaurar Aciclovir y Ceftriaxona intravenosos. El familiar refiere que la paciente presenta abstinencia alcohólica completa desde hace al menos 48 horas, por lo que se decide instaurar tratamiento con benzodiacepinas. Juicio Clínico: Síndrome confusional agudo secundario a privación alcohólica.

CONCLUSIONES:

El síndrome de abstinencia alcohólica es una emergencia médica con una mortalidad de hasta 15%. Su diagnóstico es clínico. Resulta de la interrupción brusca del consumo de alcohol.

P-1852

DIAGNÓSTICO DE ANEMIA ¿QUÉ ESCONDE ESTE SÍNDROME?

ML Millán Montilla, M Guzmán Ruiz, MR Rivas Martínez

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

PALABRAS CLAVE: anemia-sarcoidosis-adenopatía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 23 años, que consulta en el servicio de urgencias por fiebre de 38°C de 24h de evolución, junto a malestar general. Desde hace 20 días, presenta cansancio y sensación opresiva en cuello, pérdida ponderal en el último mes y sudores nocturnos. Hace unos días comienza con síndrome anémico con Hb 8,9 g/dl, en analítica en nuestro servicio se sitúa en 6,3 g/dl, por lo que precisó de transfusión de dos concentrados de hematíes. Exploración: consciente y orientada, eupneica, ACR normal, abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, extremidades inferiores normales,. Exploración cuello: aumento de partes blandas sin delimitar adenopatías, a nivel inguinal adenopatías rodaderas no dolorosas de menos de 1 cm. Control analítica: Hb 9,3 gr/dl, serie blanca y plaquetas normales, coagulación AP 67%, AST 85, ALT 140, aerología virus normal, proteinograma normal, ácido fólico 1,52. RX tórax: aumento hiliar bilateral, no lesiones en parénquima pulmonar. Ecografía abdominal: múltiples adenopatías en hilio hepático, peripáncreáticas e interportocavales de 2,6 -3,5 cm. TAC toracoabdominal: adenopatías mediastínicas eiliares con tejido linfóide diseminado peribroncovascular. A nivel abdominal conglomerados de 4 cm a nivel de hilio hepático, retroperitoneales y retrocraurales, todo ello sugerente de linfoma. DX diferencial: anemia hemolítica, proceso linfoproliferativo, sarcoidosis. Se realizó biopsia de adenopatía: evidenciando granulomas no caseificantes compatible con sarcoidosis. Se solicitó ECA (enzima convertidor de angiotensina) con un valor de 77,9 UI/L. Juicio clínico: sarcoidosis abdominal. La evolución fue satisfactoria con normalización de enzimas de citolisis hepática tras tratamiento con corticoterapia.

CONCLUSIONES:

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, existen criterios para su diagnóstico de certeza: síndrome clínico/radiológico, biopsia, test kveim y exclusión clínica/bacteriológica de otras enfermedades granulomatosas afines. Exponemos un caso cuya presentación inicial fueron grandes adenopatías abdominales con clínica atípica. Dicha forma de presentación de sarcoidosis es bastante inusual, pero ante el diagnóstico de una anemia acompañada de síndrome constitucional debemos realizar todas las pruebas oportunas hasta llegar a la biopsia para el diagnóstico de certeza, ya que existen diagnósticos similares (linfoma vs sarcoidosis) siendo el tratamiento totalmente diferente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1854

GRANULOMA EOSINÓFILO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Cantero Sandoval, R Rojas Luán, JM Marín Martínez,
P Manzur Rojas, MI Arjona López, J Nicolás Gálvez, ME Torres Marín

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: granuloma-histiocitosis-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 20 años. ANTECEDENTES Herpes oftálmico recidivante (último episodio hace un mes). ENFERMEDAD ACTUAL Acude a urgencias por cefalea hemisférica derecha, de 3 meses de evolución y tratada con Dexketoprofeno y Amitriptilina, sin mejoría. Refiere dolor en región parietal posterior derecha, a punta de dedo, con hiperestesia en dicha zona que ha ido empeorando progresivamente, hasta generalizarse. EXPLORACIÓN FÍSICA Glasgow 15. Pupilas ICyNR. MOES sin restricción. Pares craneales centrados. Sin focalidad neurológica. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: anodina. TAC craneal: imagen osteolítica en región parietal derecha que interrumpe tabla interna y protruye intracranialmente, comprimiendo surcos subyacentes, de 1 cm de espesor. EVOLUCIÓN Ante estos hallazgos se amplía el estudio a una RM cerebral: lesión lítica parietal derecha con ruptura de la tabla interna y externa que se extiende al espacio epidural derecho, hiperintensa en T2, isointensa en T1 y marcada captación del contraste. Se realiza resección quirúrgica completa. Anatomía patológica: granuloma eosinófilo. DIAGNÓSTICO GRANULOMA EOSINÓFILO DE BÓVEDA CRANEAL.

CONCLUSIONES:

El granuloma eosinófilo es la afección más benigna, localizada y frecuente (70%) de las histiocitosis de células de Langerhans, de etiología desconocida y caracterizadas por la proliferación anómala de dichas células (originadas en la médula ósea) que infiltran diferentes tejidos. Se trata de un tumor óseo benigno infrecuente, que predomina en varones y más del 90% se diagnostica durante la infancia o adolescencia (primera y tercera décadas). Puede afectar a uno o múltiples huesos (orden decreciente): cráneo, fémur, pelvis, costillas, vértebras y mandíbula. Como en nuestro caso, la localización craneal se manifiesta con dolor y aumento de la sensibilidad alrededor del hueso afectado (sin masa asociada). Diagnóstico diferencial con: osteomielitis, sarcoma, leucemia, linfoma, quistes dermoides/epidermoides, quiste óseo aneurismático, metástasis, hemangiomas intraóseos y displasias fibrosas. El diagnóstico definitivo es histológico (PAAF), pudiendo hallarse en la radiografía simple de cráneo lesiones radiolúcidas redondeadas de bordes marcados y que traspasan las capas óseas. En el TAC se observan mejor las características líticas y su extensión extraósea. La RM delimita más exactamente la afectación y demuestra el posible edema acompañante. El tratamiento de esta afectación unifocal del cráneo consiste en la resección quirúrgicamente total.

P-1858

REPASO ANATÓMICO

CF Piqueres Vidal, P Lucas Aroca, D Lucas Aroca

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

PALABRAS CLAVE: edema-dolor-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 53 años que consulta porque desde hace 2 semanas presenta tos blanda con imposibilidad para expectorar y rinorrea. Esta tarde, tras acceso de tos, aparición de dolor torácico y sensación de falta de aire (SatO2 100%) acompañados de la aparición de tumefacción dolorosa en hemitórax y hemicuello izquierdos. Afebril en todo momento. Como antecedentes, neoplasias de células B maduras tipo linfoma difuso de células grandes estadio IIIA, artritis reumatoide seronegativa. A la exploración física, presenta buen estado general, con tumefacción/edema de partes blandas, dolorosa a la palpación en hemitórax superior izquierdo y hemicuello izquierdo. No crepitación ni fluctuación en esta zona. No aumento de temperatura. Auscultación cardiopulmonar normal y exploración otorrinolaringológica sin hallazgos. Analítica anodina junto con electrocardiograma y radiografía de tórax sin alteraciones. Se realiza ecografía de partes blandas donde se objetiva edema de parte de la región laterocervical izquierda y de toda la región supraclavicular, axilar y supraescapular izquierdas, sin evidencia de masas cervico-torácicas ni de imágenes sospechosas de hematoma. La alteración edematosa de la grasa también se insinúa discretamente en mediastino superior a nivel del cayado aórtico. La peculiar distribución anatomía de las alteraciones (selectiva de es fuertemente sugestiva de patología obstructiva del conducto torácico) podría ser secundaria a enfermedad tumoral preexistente.

CONCLUSIONES:

El conducto torácico puede ser dañado en las regiones abdominal, torácica y cervical. Habitualmente, su lesión es secundaria a traumatismos o iatrogenias. En la región cervical, la lesión puede ocurrir por cateterización de la vena yugular interna, disecciones en bloque para retirar nódulos tuberculosos o tumores malignos, escalenectomías, resecciones esofágicas u operaciones para tratar la tortícolis. El riesgo también existe al realizar biopsias en la región supraclavicular u operación de la arteria vertebral.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1859

CARCINOMA VESICAL METASTÁSICO EN PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME MICCIONAL DE LARGA EVOLUCIÓN

E Zugazaga Badallo (1), I Fernández Vidaurreta (1),
CM González Jiménez (1), JS Zlatkes Kirchheimer (2),
D Castell Benito (1), DE Linares Cacho (1), L Téllez González (1)

(1) Hospital de Torrejón. Madrid. (2) Hospital Universitario de Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: hematuria-dolor-carcinoma vesical

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 36 años que acude a urgencias por dolor en región suprapúbica y perineal de meses de evolución. Síndrome miccional asociado con disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Afebril. Actualmente en tratamiento con Ciprofloxacino desde hace dos semanas con empeoramiento de la clínica. Se han recogido varios urocultivos, siempre negativos. Estudiado en urología hace un mes por este motivo está pendiente de citología de orina, cultivo de semen y TAC ABDOMINOPÉLVICO. NAMC, no antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. No fuma ni bebe alcohol. Exploración física: abdomen blando depresible con dolor a la palpación en región suprapúbica sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Se niega a realización de tacto rectal por intenso dolor asociado. Analítica sin leucocitosis ni aumento de reactantes de fase aguda. SO: 5-10 leucos/campo, hematuria. Durante su estancia en urgencias y pese al tratamiento sufre empeoramiento progresivo del dolor por lo que se solicita TAC ABD con resultado compatible con Ca de próstata localmente avanzado y metastásico. Se cursa ingreso en urología y se realiza RTU objetivándose masa posiblemente dependiente de próstata con crecimiento hacia vejiga de aspecto sólido infiltrativo. En el TAC de extensión se objetivan implantes pleurales en hemitórax derecho y pulmonares bilaterales. Durante el ingreso precisa drenaje de 1500cc de derrame pleural sintomático. Resultado de AP de muestra: Carcinoma sólido/invasivo indiferenciado compatible con origen urotelial, Grado 3 (OMS 1973) con extensa infiltración de músculo liso profundo (al menos pT2a). Precisa de inicio de analgesia de tercer escalón. Valorado por oncología médica se decide Qt paliativa.

CONCLUSIONES:

El cáncer de vejiga es la neoplasia del sistema urinario más frecuente y el urotelial es el tipo histológico más frecuente. La forma de presentación más típica es la hematuria macro/microscópica con síntomas irritativos y obstructivos. En pacientes de más de 40 años con estos síntomas realizar un estudio de vejiga y tracto urinario superior. La cistoscopia con obtención de biopsias es el gold estándar para el diagnóstico. En las formas músculo-invasivas la cistectomía radical con quimioterapia neoadyuvante es la opción terapéutica de elección. La quimio e inmunoterapia son el tratamiento de la enfermedad metastásica.

P-1863

PARESTESIAS E INESTABILIDAD A LA MARCHA EN VARÓN JOVEN

R Muñoz Albert, L Holgado Castell, J Guillén González, E Guirado Barjola, DC Palacios Martorell, P García Bermejo, L Royuela García

Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: emergencias-paresthesia-hemangioma

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: parestesias en miembros inferiores ANTECEDENTES PERSONALES: Alérgico a ibuprofeno. Fumador de 20 cigarros/día. No tratamiento de forma habitual. ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 34 años que acude a urgencias por sensación de quemazón y parestesias en cara interna de ambos muslos hasta fosa poplítea de 4 días de evolución, refiere que va aumentando en intensidad y afecta a los dedos del pie derecho. Asocia inestabilidad en la marcha. No pérdida de fuerza. No clínica de fiebre, infección respiratoria ni digestiva. No alteración de lenguaje ni la voz No alteración de los esfínteres. No viajes al exterior, no drogas, no nuevos medicamentos, no cambios de hábitos habituales. EXPLORACIÓN FÍSICA: BEG, estable clínica y hemodinámicamente. Afebril. Consciente, colaborador y orientado. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, no nistagmus, fuerza en extremidades inferiores 4/5, reflejo patellar derecho ligeramente más exacerbado que el contralateral. Marcha con ligero aumento de la base de sustentación. Sin signos de irritación meníngea. MMII sin edemas, sin signos de TVP, pulsos periféricos simétricos y presentes ACP: normal. Abdomen anodino PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica sanguínea, sedimento de orina, rx de columna lumbar y tórax: sin hallazgos patológicos de interés. EVOLUCIÓN. Se sospecha de neuro-miopatía y se decide ingreso para completar estudio. RM de columna: lesión extradural de partes blandas a nivel T6 con extensión al agujero de conjunción izquierdo. Asocia afectación ósea. La lesión desplaza y comprime la médula hacia la derecha. Probable lesión de estirpe neural agresiva o linfoma óseo, la afectación secundaria por metástasis es poco probable por la edad. RM cerebral: no se aprecian hallazgos significativos. RM cuello: sin hallazgos patológicos. TC abdomino-pélvico: sin hallazgos patológicos. Se inicia tratamiento con corticoides con mejoría clínica. Se realiza laminectomía T5-T6-T7 con resección del tumor raquídeo. Tras ello recuperación de la clínica de forma progresiva hasta estar totalmente asintomático. Diagnóstico histológico: hemangioma cavernoso.

CONCLUSIONES:

La importancia de este caso radica en lo fundamental que resulta una actuación rápida desde urgencias a la hora de sospechar patología para poder iniciar tratamiento adecuado de forma precoz y contribuir a una mejor evolución.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1864

DOLOR INTERESCAPULAR QUE NO EVOLUCIONA BIEN

R Muñoz Albert, L Holgado Castell, J Guillén González, E Guirado Barjola, DC Palacios Martorell, P García Bermejo, JM Currás Móstoles
Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia

PALABRAS CLAVE: emergencies-chest pain-lung neoplasms

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor interescapular. ANTECEDENTES PERSONALES: No RAM. No antecedentes patológicos. No toma tratamiento de forma habitual. No hábitos tóxicos. ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 19 años que acude en varias ocasiones a servicios de urgencias por dolor interescapular que refiere como ¿pinchazos? de unas semanas de evolución. Acude de nuevo porque el dolor ha empeorado de forma significativa en las últimas horas. Afirma que el dolor aumenta con el esfuerzo físico y cede parcialmente con la toma de analgésicos. No fiebre, no aumento del volumen de la expectoración ni en sus características. No dolor torácico típico, no cortejo vegetativo. Refiere realizar deporte de forma habitual. EXPLORACIÓN FÍSICA: BEG, estable clínica y hemodinámicamente No signos meníngeos. No focalidad neurológica. Hiperemia faringoamigdalina sin exudados. Adenopatía submandibular derecha de consistencia gomosa, no adherida a planos profundos y dolorosa. AC: rítmica, sin soplos ni ruidos AP: MVC, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos Abdomen anodino MMII sin edemas ni signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica sanguínea: poliglobulia, 14800 leucocitos, 79,8% de neutrófilos ECG. Ritmo sinusal a 65 lpm. Sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización. Rx de tórax: Ensanchamiento mediastínico a expensas de masa en mediastino posterior EVOLUCIÓN. Ante resultados, se reexplora al paciente, no se palpan adenopatías a nivel axilar, supraclavicular ni inguinales. No se palpa hepatoesplenomegalia, no refiere síndrome constitucional. Se decide ingreso para completar el estudio. TC toracoabdominopélvico con contraste: Masa pulmonar izquierda con implantes pleurales izquierdos que plantea como diagnóstico más probable neoplasia pulmonar primaria y menos probable que el origen sea mediastínico o pleural. Biopsia percutánea con ecografía Anatomía patológica: Carcinoma neuroendocrino de célula pequeña Tras diagnóstico empieza tratamiento quimioterápico tipo PVP, posteriormente con radioterapia por metástasis cerebrales. Finalmente, mala evolución de la enfermedad con exitus.

CONCLUSIONES:

Este caso debe hacernos reflexionar que ante un paciente que consulta en más de una ocasión de forma urgente por un síntoma, siempre debemos plantearnos que el juicio diagnóstico principal no sea el correcto y debe hacernos pensar en diagnósticos diferenciales aunque, como en este caso, por edad y por hábitos tóxicos no sean frecuentes.

P-1882

ICTERICIA EN ALCOHÓLICO:
NO SIEMPRE LA CAUSA ES HEPÁTICA

Z Vázquez Álvarez (1), IE Ferrero Fernández (2),
Y García González (1), P González-Quirós Fernández (2),
S Moreno García (3), S Sánchez Menéndez (1)

(1) Hospital del Oriente de Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias.
(3) Hospital de Jerez Materno Infantil. Cádiz

PALABRAS CLAVE: anemia hemolítica-ictericia-esplenomegalia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de ingreso: astenia de un mes de evolución. Antecedentes personales: bebedor de 60 gramos de alcohol al día. Síndrome depresivo. Intervenido de quiste de pie derecho y vasectomía. Sin tratamientos crónicos. Historia actual: varón de 59 años que acude a Urgencias remitido por su médico de Atención Primaria por cuadro de un mes de evolución de astenia, ictericia, coluria sin acolia, polaquiuria sin disuria, sudoración nocturna y sensación distérmica no termometrada, asociada a cuadro gripal con tos y expectoración blanquecina. Exploración física: consciente, orientado y colaborador. Ictericia conjuntival y cutánea. No adenopatías palpables axilares ni cervicales, con pequeñas adenopatías rodaderas inguinales bilaterales. En abdomen se palpa esplenomegalia de 4 traveses de dedo. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Hemograma con hemoglobina de 5,5 gramos/decilitro (volumen corpuscular medio 118,8 fentolitros y hemoglobina corpuscular media 26,9 picogramos), plaquetas 146000, leucocitos 9270/milímetro cúbico con algunos linfocitos atípicos en la fórmula manual. Reticulocitos 28,7%. Coombs directo positivo. Bioquímica: lactato deshidrogenada 2341 unidades/litro, bilirrubina total 3,27 miligramos/decilitro con bilirrubina directa 0,91 miligramos/decilitro, con resto de pruebas de función hepática y renal dentro de la normalidad. Ecografía abdominal con marcada esplenomegalia de parénquima homogéneo con un diámetro máximo de unos 20 centímetros. Evolución: el paciente fue diagnosticado de anemia hemolítica autoinmune (AHAI) por anticuerpos calientes y, tras realizar citometría de flujo, de un linfoma B de la zona marginal esplénico. Tras no presentar respuesta a tratamiento con esteroides, se derivó a hospital de tercer nivel para tratamiento específico con Rituximab, con muy buena respuesta.

CONCLUSIONES:

La AHAI es la causa más frecuente de anemia hemolítica en el adulto, siendo frecuente su asociación a síndromes linfoproliferativos. En pacientes con buena respuesta a tratamiento con Rituximab no es necesaria la esplenectomía electiva.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1883

PLEXITIS HERPÉTICA EN EXTREMIDADES:
DE HERPES ZÓSTER A ACV

**PN Iribarren Lorenzo (1), V Fernández Rodríguez (1),
A Alonso Morilla (1), I Sánchez Díaz (1), R Cahero Fernández (2),
N Jiménez Fraga (3), A Lamigueiro Merino (4)**

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. (2) SAC Área IV. Asturias.
(3) C. S. Elviña. A Coruña. (4) SUAP Ávila

PALABRAS CLAVE: herpes-zóster-plexitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer 89 años HTA, DL, DM2 insulínoddependiente, cardiopatía isquémica tipo IAM, ICC. Meralgia parestésica con estudio electrofisiológico normal, descartando polineuropatía. Acude a Urgencias en varias ocasiones por cuadro de dolor en hombro izquierdo con hallazgo de lesión vesiculosa en brazo izquierdo, diagnosticada de Herpes Zóster se inicia tratamiento con Famciclovir con buena evolución. A los 10 días recaude por exacerbación del dolor y se aumenta su tratamiento analgésico, con múltiples reajustes en su centro de salud y en urgencias. A las 3 semanas acude a Urgencias de nuevo, presentando plejía de MSI y bajo nivel de conciencia siendo derivada para descartar ACV. La exploración física fue normal exceptuando la neurológica: consciente, inatenta y negligente, parcialmente orientada, poco colaboradora. No ejecución de órdenes complejas (probable falta de atención). PIN. Campimetría por confrontación y motórica ocular normales. Facial centrado. Plejía MSI. Fuerza MMII normal. No dismetrías. Sensibilidad conservada. ROTs asimétricos en MMSS (presentes bicipital y estilorrádial derechos, abolidos izquierdos). RCP indiferente bilateral. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, coagulación, orina, ECG, radiografía de tórax, abdomen y hombro izquierdo: sin alteraciones agudas. TAC craneal: alteraciones en relación con patología isquémica de pequeño vaso, atrofia córtico-subcortical. Serología: VVZ IgG+ alto. LCR: 26 leucocitos (100% linfocitos), proteínas 193 sin consumo de glucosa. Microbiología LCR: negativa. Estudio neurofisiológico: plexopatía braquial izquierda aguda con afectación de tronco superior (C6) y medio. Diagnóstico: Plexopatía braquial por VVZ y encefalopatía de probable origen medicamentoso (exceso de opiáceos). Plantea diagnóstico diferencial con ACV, neuropatía postherpética, omalgia izquierda mecánica por osteoartritis. Buena evolución de la encefalopatía y mejoría del déficit motor del MSI tras tratamiento con aciclovir intravenoso, corticoides intravenosos y gabapentina oral, precisando Rehabilitación ambulatoria.

CONCLUSIONES:

Este caso nos recuerda la importancia de tener en cuenta patologías poco frecuentes, cuya habilidad en el diagnóstico mejora el pronóstico y la calidad de vida del paciente dando al mismo un tratamiento más preciso y con ello una recuperación más rápida. Asimismo, recuerda la importancia de un estricto control de dosis en el manejo del tratamiento con opiáceos.

P-1884

HEMATEMESIS DE ORIGEN VASCULAR CON MAL PRONÓSTICO

M Cárdenas Antón, P Olmedo Carrillo, E Jiménez Ruiz

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

PALABRAS CLAVE: hematemesis-vascular-fístula aorto-esofágica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 62 años con antecedentes personales de hipertensión, no fumador, no bebedor que debuta con un cuadro de hematemesis franca tras una clínica de molestia abdominal difusa durante las 12 horas previas. Por este motivo, es derivado a Urgencias hospitalarias donde se objetivan nuevos episodios de sangrado. A la llegada al hospital, hemodinámicamente estable. Tensión arterial inicial 110/57mmHg, FC 84lpm. EXPLORACIÓN FÍSICA, regular estado general, consciente y orientado, palidez cutánea, eupneico, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiorespiratoria, tonos rítmicos sin soplos, roces ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación de meso e hipogastrio, sin peritonismo con ruidos presentes. Miembros inferiores con edemas pretibiales sin signos de trombosis venosa profunda ni isquemia con pulsos periféricos conservados. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, analítica donde se observó Hb 10 g/dl, hematocrito 29%, plaquetas 87.000, leucos 7490, actividad de protrombina 53%, creatinina 1,56, urea 60, bilirrubina total 1,7. Tras nuevos episodios de hematemesis y rectorragia masiva, el paciente se inestabiliza y anemiza. Se realiza reposición de volumen, transfusión de hemoderivados y drogas vasoactivas. A la exploración, no sudoración, tolera el decúbito, mal estado general, consciente y orientado, palidez cutánea. Tensión arterial 60/40 mmHg, ritmo sinusal taquicárdico. Se solicita endoscopia digestiva alta urgente a Digestivo que informa como gran cantidad de sangre roja sin visualizar lesiones en mucosa esofágica, observando punto de sangrado procedente de esófago distal o subcardial, sospechoso de fístula aorto-esofágica, y formación de coágulo organizado a ese nivel, no se visualiza la mucosa subyacente de estómago por la gran cantidad de sangre, sospecha de proceso neofornativo esofágico. EVOLUCIÓN, debido al gran contenido de sangre y el riesgo de aspiración durante la endoscopia, se intuba y se ingresa a cargo de UCI para continuar estabilización del paciente, decidiendo una actitud expectante en cuanto al sangrado digestivo con corrección de la coagulopatía presente. JUICIO CLÍNICO, hematemesis por probable fístula aorto- esofágica secundaria a proceso neofornativo.

CONCLUSIONES:

La fístula aorto-esofágica es una complicación infrecuente del carcinoma esofágico con gran mortalidad por lo que es preciso endoscopia urgente para localización y control de hemorragia para estabilización del paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1885

DISFAGIA Y DISNEA AGUDA POR COMPRESIÓN CERVICAL

A León Ruiz, E Calderón Pérez, A Mínguez Cebrián, E Díaz Fernández

Hospital Universitario San Joan d'Alacant

PALABRAS CLAVE: disfagia-disnea-cervical

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 81 años acude a urgencias por disfagia progresiva desde hace una semana, con inicio a sólidos y actualmente a líquidos. A su llegada apenas puede deglutir saliva y refiere sensación disneica. Se objetiva bultoma en región anterior cuello de aproximadamente 6x12cm de diámetro. Valorado por Endocrinología previamente diagnosticado de Tiroiditis subaguda. Ante la clínica del paciente se procede a administración de corticoterapia intravenosa y realización de interconsulta a ORL.

CONCLUSIONES:

FIBROSCOPIA: faringolaringe normal, sin aumento de espacio preepiglótico ni disminución de vía aérea. Se pincha tumoración cervical obteniendo unos 8 cc de pus, y remitiendo a Microbiología, cultivo de material purulento, con resultado de *S. pneumoniae*. Se realiza TAC cervical con CIV. Lesión quística multitabacada en la región cervical anterior, línea paramedia, de componente predominantemente infrahioideo, de contorno irregular y con un realce patológico de la pared. Importante edema del tejido celular subcutáneo. Por su localización y sus características es compatible con quiste del conducto tirogloso como primera posibilidad diagnóstica, complicado con abscesificación y/o rotura, no pudiendo descartar que se trate de un absceso de otro origen. La vía aérea presenta una disminución importante de su luz en el nivel hioideo. Glandulas salivares y tiroides de apariencia normal. No se observan adenopatías cervicales de características patológicas. Tras tratamiento con punciones evacuadoras durante 5 días de ingreso se objetiva reducción del volumen. Se programa cirugía de exéresis. Finalmente diagnóstico de QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO COMPLICADO CON ROTURA Y/O ABSCESIFICACIÓN DE LA REGIÓN ANTERIOR CERVICAL. El paciente no presenta patología tiroidea (función tiroidea con IgA, Acantiperoxidasa, Ac antiTG negativos, TSH y T4 normales y glándula tiroidea de apariencia normal. La importancia del quiste tiroideo viene dada por la presencia de episodios inflamatorios repetidos y su posible degeneración neoplásica, fundamentalmente carcinomas papilares. El diagnóstico es fundamentamente clínico, pudiendo ser de utilidad la práctica de una ecografía. Se recomienda la realización de gammagrafía tiroidea, para demostrar la existencia de una glándula tiroidea normal y descartar las raras ectopías tiroideas, cuya extirpación inadvertida originaría un hipotiroidismo permanente.

P-1886

SÍNDROME DEL DEDO AZUL Y SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO CRÓNICO TIPO TROMBOCITEMIA ESENCIAL

PN Iribarren Lorenzo (1), I Sánchez Díaz (1), A Ramos Natal (1), R Fernández De Sanmam Gutiérrez (2), A Lamigueiro Merino (3), MN Jiménez Fraga (4), M Álvarez Álvarez (1)

(1) Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

(2) Familia y MIR Radiodiagnóstico Cabueñes. Gijón. (3) SUAP. Familia. Ávila. (4) C. S. Elviña. A Coruña

PALABRAS CLAVE: dedo-trombocitosis-mieloproliferativo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 44 años con antecedente de dislipemia sin tratamiento, sin hábitos tóxicos que acude en silla de ruedas a Urgencias por dolor en quinto dedo de pie derecho de tres meses de evolución por el que acude a su CS y SUH en repetidas ocasiones desde hace 3 meses con pauta de analgesia por sospecha de neuroma de Morton y solicitud de RMN (que fue normal). Acude nuevamente por síncope (probable origen vasovagal por dolor) objetivándose trombocitosis en la analítica siendo alta con analgesia sin antiagregación. Al día siguiente acude por aumento del dolor, cianosis y frialdad de 2 meses de evolución. Valorado por Cirugía vascular deciden consulta ambulatoria. No traumatismo previo ni contacto con hielo. No fiebre. Exploración física: 5º dedo de pie derecho con cianosis moteada (eritromelalgia), dolor al roce, pulsos distales positivos. TSA +/- . Abdomen: no se palpa latido aórtico expansivo. Femorales y poplíteos presentes. Pruebas complementarias: Hemograma: 975000 plaquetas, resto normal, RMN de pie derecho: alteración de la biomecánica del antepié con leve subluxación peroneal de sesamoideos e incipiente juanete de sastre. No formaciones compatibles con neuroma de Morton. Bursitis de segundo y tercer espacios intermetatarsianos, Biopsia de médula ósea y mutación de gen JAK2: positivos, AngioTAC: negativo, no embolismos desde aorta a zona distal. Diagnóstico: Síndrome mieloproliferativo tipo trombocitemia esencial con clínica de oclusión microvascular (Síndrome del dedo azul). Diagnóstico diferencial: Isquemia arterial aguda de MID, Neuroma de Morton, Raynaud, fascitis plantar, traumatismo. Se inicia tratamiento antiagregante Adiro 100 y Atorvastatina 20 mg por su dislipemia no controlada, previo a consulta preferente en Hematología para tratamiento de la trombocitemia esencial, donde recibe tratamiento con Anagrelide que no tolera y posteriormente se sustituirá por Hydrea. Acude a consulta de Cirugía vascular, donde es dado de alta por angioTAC negativo y mejoría clínica. El paciente presenta evolución favorable tras el tratamiento.

CONCLUSIONES:

El SDA es una enfermedad infrecuente producida por microembolias de colesterol en los MMII que condicionan isquemia de los dedos a veces irreversible pudiendo acabar en amputación. La trombocitemia esencial puede causar SDA. Puede darse en jóvenes, precisando un diagnóstico acertado y un esfuerzo terapéutico para un mejor pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1887

ABSCESO HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**M Jiménez Parras (1), ML Morales Cevidanes (1),
M Pérez Caravante (2), J Gea Fernández (1), E Rosell Vergara (1),
A Varo Porras (1)**

(1) UGC Urgencias. H. C. U. Virgen de la Victoria. Málaga.
(2) DCCU Torre del Mar. Málaga

PALABRAS CLAVE: fiebre-hepatomegalia-absceso hepático

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

El absceso hepático piógeno es una colección supurada situada en el seno del parénquima hepático, causada por una infección bacteriana. Suele ser poco habitual pero de muy mal pronóstico, cuyos factores predisponentes son la patología hepatobiliar o pancreática, diabetes mellitus, alcoholismo o procedimientos quirúrgicos abdominales.

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 55 años, bebedora habitual, que acudió al servicio de urgencias por cuadro de malestar general y febrícula desde 5-6 días de evolución junto a polidipsia y poliuria. A la exploración clínica, la paciente presentaba T°: 38°C, taquicardia y hepatomegalia de 2-3 cm bajo reborde costal con ligeras molestias locales. En analítica de urgencias destacaba glucemia de 230 mg/dl, leucocitosis con neutrofilia, GOT 80 UI/L, Bilirrubina total 0.4 mg/dl y PCR de 33 mg/L (elevada). Se realizó ecografía abdominal evidenciándose masa hepática heterogénea e hipoeoica de 15x64 mm. Se solicitó hemocultivo y se inició tratamiento antibiótico previo a su ingreso a cargo del Servicio de Digestivo. La TAC Abdominal evidenció múltiples colecciones de paredes hipercaptantes con gas en su interior, compatibles con absceso hepático multilobulado. Se procedió al drenaje percutáneo de la lesión con colocación de catéter obteniendo material purulento. Se realizó despistaje de origen de la infección (exploración oral y dental completa, gastroduodenoscopia, colonoscopia, eco- transesofágico) que fue negativo. La paciente evolucionó satisfactoriamente a los 8-9 días, siendo dada de alta hospitalaria, completando el tratamiento antibiótico en domicilio y revisión en consulta externa.

DISCUSIÓN:

Los abscesos piógenos del hígado son raros, presentando síntomas variables que causan demoras significativas en el diagnóstico. La mayoría se originan por continuidad, a partir de un foco a nivel biliar, en otras ocasiones pueden originarse por vía hematógena, lo que obliga a buscar el origen de dicha infección. El alcohol y la diabetes pueden ser factores predisponentes en relación con el desarrollo del absceso piógeno. La herramienta diagnóstica óptima son las imágenes radiológicas, ya sea ecografía o TC abdominal. El manejo de esta patología se basa en la antibioterapia y drenaje de material purulento. El drenaje quirúrgico se reserva para pacientes con mala respuesta al drenaje percutáneo u otra patología quirúrgica subyacente.

P-1888

CERVICALGIA NO TRAUMÁTICA

**T Fernández Letamendi, S Alcalde López, MA Javierre Loris,
N Fernández Letamendi, M Angulo Tabernero, MP Oliete Blanco**

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: neck pain-cava vein-atraumatic

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 33 años sin antecedentes de interés, salvo tabaquismo, que acude a nuestro hospital por cervicalgia persistente de 3 semanas de evolución acompañada desde hace 3 días por edema facial sobre todo de predominancia matutina y que comienza hace unas 12 horas con sensación de bolo a nivel de cuello. Ha estado en tratamiento con AINEs y relajante muscular por parte de su médico con escasa mejoría. En la exploración, hemodinámica estable, afebril. A la inspección consciente, orientada, bien hidratada y con buena perfusión. Llama la atención edema facial y palpebral con dilataciones vasculares en hemitórax anterior. No presenta adenopatías. Discreta ingurgitación yugular sin llegar a palpar claro pulso. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: normoventilación. Abdomen: anodino. No edemas ni signos de TVP. Pulsos femorales bilaterales y simétricos. Resto de la exploración por aparatos sin alteraciones. Se solicita analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax. Los resultados de la analítica son en el equilibrio ácido-base: pH de 7.42, pCO₂:41.5, Bicarbonato:26.3. Bioquímica y hemostasia sin alteraciones relevantes. Hemograma: leucocitos:5.9, neutrófilos:5.6 (94.2%), linfocitos:0.2 (3.3%), hb:12.1, hto:35.1, VCM:90.6, hto:35.1, plaquetas:207. El electrocardiograma era un ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. La radiografía de columna cervical fue normal. Y en la radiografía de tórax se visualizó una gran masa mediastínica. Nos encontramos ante un síndrome de vena cava superior secundario a una masa que posteriormente se filió con resultado de Linfoma de células grandes B primario de mediastino. Dada la sintomatología del paciente se inicia tratamiento con dexametasona a dosis de 1 mg/Kg, HPBM a dosis profiláctica y diuréticos de asa que mejoran la clínica, desestimando en un primer momento la endoprótesis vascular por la rápida mejoría clínica.

CONCLUSIONES:

- El SVCS en algunos casos puede tratarse de una urgencia clínica, que necesite de actuación inmediata. El diagnóstico clínico precoz y la actuación inmediata en medidas de soporte son claves en las primeras horas.
- El uso de corticoides sistémicos y diuréticos de asa tienen una utilidad controvertida siendo la endoprótesis vascular el tratamiento de elección.
- Es fundamental conocer la etiología, siendo el cáncer de pulmón y el linfoma no Hodgkin las principales causas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1889

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON DABIGATRÁN

F Richard Espiga, P López Díez, P Fraguas Reverendo,
M del Olmo Morales, JR Trespaderne Díez, JM Álvarez Pérez

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: TCE-hematoma subdural-anticoagulación oral

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES Varón de 77 años, con AP de flutter auricular común sin cardiopatía estructural, ablación del istmo cavotricuspídeo con éxito (2013) y FA paroxística frecuente controlada con terapia antiarrítmica y ACO: Dabigatrán 150 mg/12h y Flecainida 100 mg/12h. **ENFERMEDAD ACTUAL** Caída casual estando sentado, con TCE leve en región occipital. No pérdida de conciencia, ni amnesia ni clínica neurológica. **EXPLORACIÓN FÍSICA** Consciente y orientado. SCG 15. Pares craneales normales. Pupilas IC y NR. No herida ni tumefacción de cuero cabelludo. Resto sin hallazgos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** TAC craneal: Se identifica colección hemorrágica hemisférica izquierda extraaxial heterogénea compatible con hematoma subdural subagudo, con una cámara máxima de 25 mm, que condiciona efecto de masa sobre surcos corticales y sistema ventricular homolateral, con un desplazamiento de 7,5 mm hacia el lado derecho.. **Conclusión:** Hematoma subdural subagudo hemisférico izquierdo. Hemograma y bioquímica básica normal. Coagulación: AT: 94%, INR 1,0, TTPA 29,3 sg, TTPA ratio 1,0, TTPA control 30,8 sg, Fibrinógeno 411,0 ml/dl. **EVOLUCIÓN** Con el diagnóstico de Hematoma subdural subagudo 2º a caída accidental en paciente anticoagulado con Pradaxa®, se procede a reversión de anticoagulación con idarucizumab (Praxbind®), fluidoterapia, analgesia, corticoterapia, anticomieles, control estricto de la PA, nivel neurológico y resto de tratamiento de soporte. Ingresa en UCI con evolución clínica fue adecuada, sin complicaciones de interés, por lo que es trasladado a planta de Neurocirugía, desde donde es dado de alta sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

En paciente con anticoagulación oral, se debe realizar TAC craneal tras TCE, aunque éste sea leve y ausencia de signos o síntomas neurológicos. El contar con un antídoto capaz de revertir el efecto anticoagulante es un valor añadido al beneficio que ofrecen los nuevos ACOD.

P-1890

NO PUEDO CAMINAR... A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E Piñero Flores (1), M Ruiz Ojeda (2), M Blanca Segura (3),
F Rico Rodríguez (4), L Mechbal Gracia (4), A López Sánchez (4)

(1) Consultorio Bornos. Zona Básica Villamartín. Cádiz. (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Pozoblanco. Córdoba. (3) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba. (4) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: rhabdomyolysis-exercise- myoglobinuria

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 39 años sin antecedentes de interés, sin hábitos tóxicos, sin alergias conocidas acude a urgencias de atención primaria con mialgias en miembro inferior bilateral e impotencia funcional, es la tercera vez que consulta por la misma causa, las otras veces se había pautado tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por posibles agujetas. Refiere que no es deportista, pero que se ha inscrito en clases de spinning, solo fue la primera clase y durante el calentamiento, no más de 4 minutos, tuvo que bajar de la bicicleta por el dolor en ambos cuádriceps. A la exploración presenta importante dolor de ambos cuádriceps sin poder realizar flexo-extensión. Se realiza combur test para ver características de la orina obteniéndose resultado normal. Resto de exploración física normal, estable hemodinámicamente. Se remite a servicio de urgencias hospitalaria para estudio complementario para descartar rabdomiolisis. A su llegada se realiza pruebas complementarias: hemograma normal, coagulación normal, bioquímica: creatina kinasa 15.099U/L (26- 192U/L), función renal, iones y orina normales. Tras estos datos se confirma el diagnóstico de rabdomiolisis. Pasó a observación para tratamiento con sueroterapia 1500 ml de suero fisiológico, tras 4 h creatina kinasa 12.000. Se procede a dar el alta con AINEs y abundante ingesta hídrica con próximo control analítico por su MAP en 3 días.

CONCLUSIONES:

La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la destrucción y posterior necrosis del músculo esquelético que produce un aumento de sus componentes intracelulares a la circulación sanguínea. Su clínica es muy variable, desde asintomático hasta su complicación más frecuente: insuficiencia renal aguda (4-33%). Si se trata precozmente tiene un buen pronóstico, es importante su sospecha. Diagnóstico diferencial con ¿agujetas?. Su tratamiento más importante la reposición enérgica de volumen cristaloides, y evitar complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1891

TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA
Y SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

P Fajardo Velasco, A Fernández Gómez, R Rivas Martínez

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: anorexia-bulimia-confusión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 31 años antecedentes de trastorno conducta alimentaria(anorexia-bulimia), conductas autolíticas con ingresos en la unidad de agudos. Acude a urgencias con cuadro de bajo nivel de conciencia, confusión, desorientación y disartria. Niega consumo de tóxicos. La paciente residía hasta hacía 2 días en otra provincia con el proyecto de trabajar en negocio familiar que finalmente no pudo llevarse a cabo. En exploración la paciente se encontraba consciente, desorientada, poco abordable y colaboradora. No presentaba alteraciones del contenido ni curso del pensamiento ni sensoperceptivas. No ideación autolítica. El paciente lo trasladaron de hospital privado para valoración psiquiátrica. Valorado por dicha especialidad pasa a médico de urgencias ante la instauración rápida del cuadro. NO presentaba alteraciones en exploración cardiopulmonar ni abdominal. A nivel neurológico bradipsíquica y disartria. Analítica glucosa 86 mg/dl, proteínas totales 6.6 gr/dl, Se le realiza punción lumbar estudio de LCF normal. TAC craneal normal. Ingresa en planta neurología con estudio EEG y RNM normales. En analítica presenta proteínas totales 5.6gr/dl, Fe 184mcg/dl, t4 0.77ug/dl y T3 1.82nmol/l (disminución hormonas tiroideas en probable relación con enfermedad de base), resto normal. Evolucionó favorablemente y La paciente es dado de alta con diagnóstico de síndrome confusional agudo autolimitado con estudio neurológico normal, de posible origen psicógeno.

CONCLUSIONES:

Los trastornos de conducta alimentaria son unas de las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracterizan por tener alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, produciendo deterioro físico y psicosocial. Provocan seria morbilidad y constituyen un problema de salud pública con tendencia a la cronicidad. Trastorno de origen multifactorial y presentan alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, sobretudo trastornos ansiosos-depresivos. Entre los efectos propios de la malnutrición que acentúan las alteraciones psicopatológicas se encuentran alteraciones de los neurotransmisores en el sistema NA, serotoninérgico, dopaminérgico y opiáceos endógenos. Todos ellos relacionados con sintomatología depresiva, ansiosa, trastornos obsesivos compulsivos e incluso cuadros confusionales de origen psicógeno, ideación de muerte e impulsividad que incluso requieren ingreso como en este caso. Tratamiento con terapias cognitivo-conductuales encaminadas a proporcionar recursos para afrontar situaciones sociales para el paciente estresantes (como pudo ser el no prosperar el negocio familiar).

P-1913

FALLO HEPÁTICO POR HEPATITIS HERPÉTICA

O Yuguero Torres, A Marí López, C Llobet Pina, C Pardos Molina, A Moreno Pena, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: hepatitis aguda-herpes-ETS

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 34 años, natural de Brasil, que acude a urgencias por presentar dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. Ha tomado 4 g de paracetamol sin mejoría. Afebril. Glasgow 15. A su llegada a urgencias se realiza analítica de sangre que muestra alteración de la función hepática (GOT 1192 U/L, GPT de 848 U/L) con un INR de 1,34. Se instaura sueroterapia y metoclopramida con mejoría de la sintomatología. En analítica de control, empeoramiento de función hepática con GOT de 6619 U/L y GPT de 5123 U/L, empeoramiento de coagulación. Se realiza ecografía abdominal que no muestra patología aguda. Tóxicos en orina negativos. Niveles de paracetamol normales. En último control analítico GOT 8510 U/L y GPT 6870 U/L, por lo que se contacta con Hospital de Referencia para traslada, ante posibilidad de inestabilidad y valorar trasplante hepático. La paciente permanece en Glasgow 15 en todo momento. Se realiza biopsia hepática transyugular donde se objetiva necrosis coagulativa con presencia de patrón inflamatorio y con distribución que plantea el diagnóstico de hepatitis herpética. La paciente presenta mejoría clínica favorable, con mejoría de la función hepática y puede ser dada de alta.

CONCLUSIONES:

Ante las hepatitis agudas, tras descartar tóxicos y virus de hepatitis, la biopsia hepática es una herramienta que debe considerarse para poder confirmar el diagnóstico y poder administrar el tratamiento adecuado.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1914

DOCTORA, MÍREME LA LENGUA

A Conejero Deltell, M Domínguez Rodríguez, MJ Noguera Marín, L Andrés Berrián, M Martín Vallejo, A Ibáñez Botella, R Marino Genicio
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: tongue-paralysis-eye

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 63 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, acude a Urgencias porque desde ayer presenta desviación de la comisura derecha con ojo cerrado de ese mismo lado y placa blanquecina en la hemilengua derecha sin fiebre asociada. Refiere otalgia intensa derecha con supuración, no otra clínica asociada. En la exploración clínica se observa borramiento del surco nasogeniano derecho con ptosis y borramiento de las arrugas de la frente ipsilateral sospechando clínica compatible con parálisis facial periférica. Se objetiva adenopatía cervical derecha dolorosa. En la exploración orofaríngea se observa placa blanquecina en hemilengua derecha respetando el lado contralateral. El paciente es derivado al servicio de Otorrinolaringología donde se confirma nuestra sospecha diagnóstica de posible origen vírico con afectación paladar y lengua, confirmándose Síndrome Ramsay Hunt dada la evolución del paciente. Se pauta antiviral, corticoides, cuidados oculares.

CONCLUSIONES:

La parálisis facial periférica es un problema clínico relativamente frecuente. La mayoría de los casos quedan englobados dentro del tipo de Bell o idiopática, pero es importante recordar que un número apreciable de estos pacientes presenta otro tipo de patología subyacente que debemos tener en cuenta.

P-1915

PTOSIS PALPEBRAL

C Carrillo Chimbo, JP Rodríguez Hernández, S Francesena González, R Fernández Alonso, C Arias Meneses, L Arboleda Álvarez, A Gutiérrez González

Hospital Valle del Nalón. Asturias

PALABRAS CLAVE: ptosis palpebral-debilidad muscular-miastenia

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 61 años, bebedor crónico, hipertenso, dislipémico, IQ: Glaucoma + catarata OD, Pterigium OI. Acude a su MAP por molestias oculares inespecíficas de varias semanas de evolución, derivado a Oftalmología, detectándose en consulta limitación a abducción y supraducción de OI con Ptosis y limitación de la abducción y la infraducción de OD, por lo que es derivado a consulta de neurología por sospecha de parálisis de III PC. Se asocia también alteración de la movilidad de 4 dedo de mano izquierda, primer dedo de mano derecha y torpeza para la ejecución de las labores con ambas manos. Neurología: Acude por Ptosis palpebral, alteración y torpeza manual de características fluctuantes, con fatigabilidad de párpados y músculos extensores en MMSS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TAC CRANEAL, eco TSA y Angio RMN sin alteraciones Test de hielo sobre párpado superior izq. Con resultado positivo, y estudio neurofisiológico (Jitter) revela decremento significativo en la amplitud del potencial motor en músculo orbicular de párpado izq. TAC torácico sin presencia de masa tímica asociada. Ac. Lúpico positivo, Ac. Anti R Ach: 0.55 ID: MIASTENIA GRAVIS AUTOINMUNE ESTADIO IIA DE LA CLASIFICACIÓN OSSERMAN Evolución: Mejoría clínica tras inicio de tratamiento (Bromuro de Piridostigmina y esteroides), pero al cabo de dos meses presenta ptosis marcada en OD y Ptosis parcial en OI, claudicación mandibular y gran dificultad para ABVD, voz hipofónica. Continúa a seguimiento por Neurología.

CONCLUSIONES:

La Miastenia Gravis es un trastorno neuromuscular autoinmunitario caracterizado por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos por interrupción en la unión neuromuscular, destruyendo los receptores de acetilcolina. Afecta sobre todo a los músculos que controlan los movimientos oculares y de los párpados, la expresión facial, el masticar, el habla y el deglutir. Afecta mujeres jóvenes menos de 40 años y hombres mayores de 60 años. El diagnóstico es clínico, complementado con estudio inmunológico, TAC O RMN para buscar tumores, estudios de conducción nerviosa entre otros. El principal tratamiento son agentes anticolinesterasa que ayudan a mejorar la transmisión neuromuscular y aumentan la fuerza muscular. No existe cura pero es posible la remisión a largo plazo. La principal complicación es respiratoria que puede ser potencialmente mortal.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1917

OTRA CAUSA DE DISFAGIA

AM García Rodríguez, MM Blanco Magdaleno, MJ Fora Romero,
A Blasco Pérez, N Carrión Serrano, C del Pozo Vegas,
H Fernández Ovalle

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: disfagia-flemón periamigdalino-osteosíntesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 40 años de edad que acude por odinofagia y disfagia de días de evolución, que notó tras un movimiento brusco de cabeza, antecedente de tráfico en 1999 con reducción y osteosíntesis C5-C6, esplenectomía. Exploración física y Pruebas complementarias: ORL: Asimetría cervical, protusión de tejidos blandos paramedial derecho a nivel del cartílago tiroides. Fibroscopia: Asimetría pared posterior faríngea con protusión del lado derecho. TAC: Aumento de partes blandas localizado en el espacio paravertebral y retrofaríngeo, no abscesificado, que comprime y desplaza el esófago, secundario al desplazamiento de la osteosíntesis. Sistemático de sangre y bioquímica: leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR. Juicio Clínico: Flemón retrofaríngeo.

CONCLUSIONES:

El flemón y el absceso retrofaríngeo son unas entidades patológicas muy poco frecuentes debido a la antibioterapia, habitualmente secundarias a infecciones de vías altas en los niños o a lesiones por cuerpos extraños en los adultos. Con frecuencia pueden pasar inadvertidos en sus estadios iniciales, a pesar de la clínica, que suelen provocar. La demora diagnóstica favorece tanto la producción de un cuadro séptico potencialmente grave, como una mayor dificultad para el manejo perioperatorio. La radiografía lateral del cuello y el TAC es fundamental para establecer el diagnóstico de ARF, al observar ensanchamiento del espacio, pudiendo contener en su interior niveles hidroaéreos. El tratamiento precoz y el drenaje quirúrgico evitan complicaciones potencialmente letales.

P-1918

SÍNDROME DE MILLER-FISHER:
HALLAZGOS CLÍNICOS, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

I Beltrán Rubio, A Morilla Alfaro, A Pareja-Obregón Prieto,
A López Barrios

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: oftalmoparesia-arreflexia-inmunoglobulina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 76 años, hipertensa, diabética y dislipémica. Acudió a urgencias por cuadro progresivo de inestabilidad con lateropulsión, dificultad en la marcha y malestar general. Ptosis de ojo izquierdo y diplopía. Tras esto, alteración en la articulación del lenguaje. Negó cuadro infeccioso los días previos. Exploración: buen nivel de conciencia. Oftalmoplejía completa. Nistagmo a la derecha agotable. Parálisis facial supranuclear izquierda. Balance motor y sensitivo normal. Dismetría bilateral (izquierda mayor que derecha). Marcha imposible. Arreflexia global. Pruebas complementarias: *Analítica: hemograma y coagulación normales. Bioquímica con iones y función hepatorenal conservados. Marcadores tumorales negativos. Vit. B12 y ac. fólico normales. VSG 67. Proteinograma normal. Ig 2881.2. TAC craneo: normal. *Serología: IgG VEB positivo, Ig M negativo, sífilis negativo. *LCR: 4 células. Proteínas 0,63. Glucosa 1 gr. ADA 4,2. Microbiología LCR: GRAM no se observan PMN ni microorganismos. CULTIVO AEROBIO nos e iaslan gérmenes. Tinción Ziehl-Neelsen no se observan B.A.A.R. PCR: TBC complex negativo. Tinción tinta china negativo. Serología LCR: B. burgdorferi IFI, RPR, y sífilis screening negativos. *RNM craneal: atrofia global moderada. Focos hiperintensos inespecíficos en sustancia blanca subcortical frontoparietal. Resto sin alteraciones. No se observan signos de romboencefalitis. *EMG: se realiza ENG de nervios motores y sensitivos de MSDcho y ambos MMII, a nivel distal y proximal, mediante realización de ondas F desde distintos nervios, así como estudio de Blink Reflex, estimulando ambas ramas supraorbitarias, no observándose signos de afectación neurológica, presentando las respuestas neurofisiológicas los valores normales. Con la sospecha de Miller-Fisher ingresa en planta comenzando tratamiento con inmunoglobulina, mejorando progresivamente, quedando limitación leve para supravversión del ojo izdo y de la mirada horizontal. Ptosis palpebral izda. PF izda gestual. Sin dismetría. REM abolidos en MMII. REM bicipital y estiloradial hipoactivos. Marcha cautelosa, sin aumento de base. Alta a consultas de enfermedades sistémicas, quedando pendientes resultados de autoinmunidad.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Miller-Fisher es la variante más frecuente del Síndrome de Guillain-Barré, constituyendo el 5% en países occidentales. La tríada clásica es oftalmoplejía, ataxia sensitiva y arreflexia. El tratamiento con inmunoglobulina acelera la recuperación, no evita recidivas y hay que tener en cuenta que a mayor edad, mayor riesgo de problemas respiratorios y recidivas.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1919

LESIÓN AXONAL DIFUSA SECUNDARIA A ELECTROCUCIÓN.
A PROPÓSITO DE UN CASO

MR Jiménez Hidalgo, LP Torres Martín, AI López Tello

Hospital La Merced Osuna. Sevilla

PALABRAS CLAVE: diffuse axonal injury-electrocution-neuronal injury

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular permanente, HTA y DM 2, independiente para actividades básicas e instrumentalizadas y tratada con acenocumarol, espirolactona, losartán y metformina/sitagliptina sufre una electrocución en domicilio con voltaje de 220V sufriendo traumatismo en hombro derecho (contacto directo con cable) provocando fractura a este nivel. Niega TCE ni pérdida de conciencia. A los tres días de la electrocución presenta somnolencia, bradipsiquia, laxitud generalizada y comportamiento anómalo. Reconsultan en urgencias por este motivo y se relaciona con toma de benzodiazepinas y tramadol prescritas por dolor provocado por fractura de hombro y se le administra flumazenilo sin respuesta clínica. Resultados de pruebas complementarias: Analítica con hiperglucemia y glucosuria, resto sin alteraciones, niveles de calcio normal. Radiografía de tórax sin alteraciones salvo cardiomegalia, TAC cráneo con lesiones periventriculares bilaterales compatibles con hemorragias milimétricas en el contexto de lesión axonal difusa. Se procede a ingreso hospitalario para evolución apareciendo proceso respiratorio de origen medicamentoso (sedantes+opioáceos) que desencadena insuficiencia respiratoria restrictiva y deterioro global de la paciente. Ingresa en UCI con deterioro progresivo a pesar de medidas de soporte hemodinámico y ventilatorio y tras estancia de 8 días finalmente la paciente presenta fallo multiorgánico y parada cardiorrespiratoria con desenlace de exitus.

CONCLUSIONES:

1.- El daño provocado por una electrocución estará en relación con la intensidad de la descarga 2.- Para evitar descargas eléctricas en ámbito doméstico se recomienda no tener cables desprotegidos, a la vista o al alcance. 3.- El daño axonal difuso es uno de los tipos de lesiones encefálicas más devastadoras ya que el daño ocurre sobre un área amplia más que en un punto focal del cerebro 4.-Según el tiempo de exposición y la dirección de paso de la corriente eléctrica pueden producirse lesiones graves como lesiones axonales difusas, fibrilación ventricular, asfixia, quemaduras graves, etc. 5.-Tener en cuenta la posible relación de toma de sedantes/hipnóticos con la posibilidad de deterioro neurológico y respiratorio provocando insuficiencia respiratoria global.

P-1920

MUERTE POR HIPOGLUCEMIA

M Sánchez Moreno, J De la Puerta Corona, JF Rodríguez Fernández,
M Zamora Sierra, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: hipoglucemia-edema-coma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 56 años, diabética tipo 1, desde los 20 años insulínica dependiente y antecedentes de cardiopatía hipertensiva y retinopatía diabética. Trasladada por el equipo de emergencias con bajo nivel de consciencia (Glasgow 3) e hipoglucemia. No fue posible aclarar la cronología del episodio, sospechándose que comenzó unas 8 horas antes de la llegada del servicio de Emergencias. Corregida la glucemia no mejora la consciencia por lo que proceden a intubación orotraqueal y traslado a nuestro hospital. A su llegada a Urgencias: Midriasis media arreactiva, mioclonías en miembros inferiores y superiores y arreactividad al dolor. Hemodinámica y respiratoriamente estable, con buena adaptación a la ventilación mecánica y sin otros hallazgos patológicos en la exploración física. Se realiza TC craneal urgente, con hallazgos compatibles con edema cerebral, sin colecciones hemorrágicas, lesiones focales ni obstrucción de cisternas basales. Sin hallazgos patológicos en la analítica ni gasometría. Se inician medidas anti-edema cerebral y se traslada a UCI por Encefalopatía metabólica con edema cerebral secundario. La paciente evolucionó tórpida constatándose muerte encefálica.

CONCLUSIONES:

La disminución de la glucemia es de fácil detección y la clínica generalmente revierte con el tratamiento. Sin embargo, la profundidad y duración de la hipoglucemia, así como la velocidad de reposición de la glucosa, pueden condicionar daño neurológico irreversible. Las pruebas de imagen son poco sensibles para el daño cerebral en las primeras horas, pero la aparición de edema cerebral precoz (como en este caso) es signo de pronóstico infausto. La hipoglucemia severa es una emergencia vital, y su diagnóstico y tratamiento precoz, condiciona la supervivencia del paciente y la presencia y severidad de las secuelas postcríticas. La hipoglucemia es el principal factor limitante en el manejo de la DM. Es necesario orientar los esfuerzos a la detección precoz y la prevención. Siendo especialmente vulnerable la población hospitalizada por la alteración de su metabolismo basal, estado nutricional, y cambios en el tratamiento farmacológico.



CASOS CLÍNICOS

P-1921

SOSPECHA DE CONECTIVOPATÍAS EN URGENCIAS

MA Morilla Alfaro, I Beltrán Rubio, A Pareja-Obregón Prieto

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: astenia-artromialgias/artritis-conectivopatía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

Las conectivopatías constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes. Se caracterizan por una afectación multisistémica sin una causa aparente, con síntomas variables que pueden aparecer el transcurso de semanas o meses. Es habitual la presencia de anticuerpos antinucleares y otros que ayuda a la confirmación diagnóstica. Pueden ser enfermedades graves y los tratamientos empleados para controlar la enfermedad, principalmente corticoides e inmunosupresores, pueden dar lugar a efectos adversos significativos a corto y largo plazo.

OBJETIVO:

Identificar el perfil del paciente con Enfermedad mixta del tejido conectivo.

CASO CLÍNICO:

Paciente con AP: NAMC pero sí aftas bucales con alguna antibióterapia (no especificada), HTA, Cardiopatía hipertensiva, Esclerosis válvula Ao degenerativa, DM tipo 2, mastalgia y Litiasis renal sometida a Litotricia Tratamiento bisoprolol y enalapril/HCTZ que acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de dos meses de evolución que refiere como malestar general que le impide la realización de una vida activa, acompañado de dolor torácico que describe como opresivo-urente e hipersensibilidad de región mamaria y cierto componente de aumento de disnea. Así mismo refiere parestesias en hemica izquierda con cierto componente de sensación de hinchazón y inflamación en ambas manos y cara. A la Exploración Física. Anodina por aparatos salvo soplo sistólico y tumefacción de manos y pies sin datos de artritis. P. Complementarias: Hemograma, bioquímica, E. coagulación normal. TAC craneal normal Evolución: Es derivada a consulta de Neurología y de M. Interna y a la espera de completar estudio la paciente presenta brote de empeoramiento clínico con limitación extrema de las actividades básicas diarias que precisa de ingreso con diagnóstico al alta de Enfermedad Mixta del TConectivo (afectación Miopatía, Fenomeno de Raynaud asociado). Anemia de proceso crónico/inflamatoria. Derrame pericardico moderado y pleural muy probablemente secundario a su E Autoinme. Mononeurupatía del Trigémino dcho. Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis, polimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome de Sjögren y las vasculitis sistémicas.

CONCLUSIONES:

Dado que nos enfrentamos a enfermedades que pudieran amenazar la vida o disminuyen la expectativa y calidad de vida. El diagnóstico y tratamiento precoz de estas entidades, permite cambiar su curso y muchas veces lograr remisión. Es por lo tanto de suma importancia tenerlas en mente y sospecharlas precozmente para iniciar un tratamiento oportuno.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1922

SÍNCOPE DE REPETICIÓN Y CEFALEA EN MUJER JOVEN

AM García Rodríguez, MM Blanco Magdaleno, MJ Fora Romero,
A Blasco Pérez, C Del Pozo Vegas, C Bolado Jiménez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: síncope-cefalea-quiste coloide

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Mujer de 22 años con antecedente de hipotiroidismo, toma de anticonceptivos orales. Refiere episodios sincopales en el último mes unos 4 o 5, de recuperación espontánea, sin asociar otra clínica, por otro lado refiere cefaleas desde hace 10-12 años episódica, frecuencia variable, pero aumenta en los últimos 6 meses. La cefalea es pulsátil, de predominio posterior, lateraliza hacia la derecha, con foto-sonofobia, sensación nauseosa y en ocasiones vómito, aumento con los movimientos cefálicos, horas de duración, respuesta parcial a ibuprofeno. Hoy acude a urgencias por presentación aguda de malestar general acompañado de alteración visual en campo derecho, disestesias y sensación de peso en extremidades derechas, al cabo de una hora cefalea, similar a previas. Exploración física, Pruebas complementarias: Exploración neurológica, ECG y analítica: sin hallazgos. TAC cerebral: lesión tercer ventrículo, hiperdensa, con aumento del tamaño del sistema ventricular. Juicio Clínico: Cefalea en relación con quiste coloide del tercer ventrículo.

CONCLUSIONES:

Los síncope definidos como una pérdida transitoria de conciencia, que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas, se deben a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, son episodios frecuentes en la adolescencia, aunque habitualmente son de naturaleza benigna y autolimitada pueden ser la manifestación de un proceso grave que a de ser diagnosticado y tratado de forma adecuada, una buena historia clínica, la exploración física y ECG, proporciona el diagnóstico etiológico en el 60% de los casos. El quiste coloide del 3er. ventrículo es una lesión intracraneal benigna bastante rara puesto que representa menos del 0,5% de las masas intracraneales. Los síntomas son muy variables, es característica la aparición de cefaleas recurrentes posicionales asociadas a náuseas y vómitos, incontinencia, parestesias, diplopia etc...y ocasionalmente son causa de muerte al producirse herniación de amígdalas cerebelosas. El diagnóstico clínico del quiste coloide es difícil debido a la gran variedad de síntomas inespecíficos e intermitentes, el examen neurológico puede ser normal, por lo que el diagnóstico depende totalmente de la demostración radiológica de la lesión.

P-1923

DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA E IRRITACIÓN PERITONEAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO

JM García López, G Fontalba Ruiz, AR Rando Jiménez

Hospital Regional Universitario de Málaga

PALABRAS CLAVE: apendicitis-enfermedad inflamatoria intestinal-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 18 años sin alergias medicamentosas conocidas sin tratamientos crónicos ni intervenciones quirúrgicas previas. Refiere hace 2 meses absceso escrotal que fistulizó a región perianal, por lo que se encuentra pendiente de intervención. Acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen derecho y epigastrio de un mes de evolución, en un principio intermitente, pero que ha evolucionado hasta hacerse continuo requiriendo de antiinflamatorios diarios. Asocia cuadros intermitentes de diarrea acuosa alternados con periodos de estreñimiento. No sensación febril. No vómitos. Exploración física: destaca dolor a la P en todo el hemiabdomen D con predominio en fosa ilíaca y flanco. Ruidos hidroaéreos conservados. Murphy --, Blumberg --, pero sí que destaca rigidez periumbilical y en FID. En analítica destaca: 17900 leucocitos (14100 neutrófilos), tiempo de protrombina del 55% y PCR de 188. Perfil hepático y función renal normales. Ecografía abdominal: masa subcecal de 6x4 cms compatible con plastrón apendicular con afectación de íleon terminal prevalvular. Probable colección adyacente de 1 cm. El paciente queda ingresado en Cirugía General para inicio de tratamiento ATB. Una vez en planta, se solicita TC abdominal sin que se consiga apreciar el apéndice, por lo que se realiza RMN con contraste oral e intravenoso que se informa como cuadro suboclusivo probablemente ecundario a enfermedad inflamatorio intestinal. Finalmente, requirió de hemicolectomía D y se terminó confirmando por AP el diagnóstico de Enfermedad de Crohn.

CONCLUSIONES:

Se trata de un caso de enfermedad inflamatoria intestinal no diagnosticado hasta el ingreso. Entendemos que el antecedente de fístula y diarreas debería habernos hecho pensar como primera opción la enfermedad inflamatoria intestinal debido al buen estado general del paciente (raro en caso de cuadro apendicular de un mes de evolución). Vuelve a quedar patente la necesidad de valorar los resultados de las pruebas complementarias en su contexto clínico.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-1981

UN INFARTO QUE RESULTÓ SER OTRA COSA

FJ Ayuso Íñigo, V Cantó Blázquez, V Castro Jiménez,
B González Ramón, M Sánchez Vicente, B Rodríguez Miranda

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: pancreatitis-dolor torácico-infarto de miocardio

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, SAHS, ex enolismo, deterioro cognitivo leve que consulta por dolor centrotorácico irradiado a región interescapular de 10 horas de evolución que no cede con analgesia, sin cuadro vegetativo acompañante ni disnea. Sin afectación del tránsito intestinal ni fiebre. Atendido en atención primaria que realiza ECG en el que objetiva un bloqueo de rama derecha (BRD) con ascenso del ST en cara inferior de 1mm, mantenido al llegar a Urgencias. Derivado a la urgencia con perfusión de solinitrina. A su llegada se realiza ECG con BRD y ascenso del ST en III, aVF de 1 mm, descenso especular en aVL y analítica con marcadores de daño cardíaco (Tp <0.01). Avisado a Cardiología para activar código infarto, se realiza carga con clopidogrel 300 mg y AAS 600 mg. En ecocardiograma transtorácico y coronariografía no se objetivan alteraciones. Se solicita angioTAC para descartar patología aórtica sin hallazgos significativos. Finalmente para completar estudio se añaden a la analítica enzimas de perfil abdominal con lo que se evidencia: leucocitosis de 13.530 con neutrofilia de 95% PMN, GOT 466 UI/l, GPT 482 UI/l, amilasa 798 UI/l, lipasa 3869 UI/l, hiperbilirrubinemia 4 mg/dl a expensas de directa 2,8 mg/dl, PCR 10 mg/dl. Ante estos hallazgos ingresa en planta de Medicina Interna con diagnóstico de Pancreatitis aguda con 3 criterios Ranson, BISAP1, APACHE 2/8, Colecistitis aguda. Posteriormente se realiza ecografía abdominal en la que ve dilatación de la vía biliar extrahepática sin aparente causa obstructiva, coledocitis y esteatosis hepática.

CONCLUSIONES:

Ante un dolor torácico irradiado a espalda con alteraciones electrocardiográficas hay que plantearse el diagnóstico diferencial de patología cardíaca y aórtica, pero sin olvidar la patología hepato/pancreática como posible origen del dolor u otras causas, como la isquemia mesentérica o la patología ulcerativa gástrica. Una adecuada sistematización a la hora de realizar las pruebas diagnósticas adecuadas permitirán llegar al juicio clínico mas acertado.

P-1984

A PROPÓSITO DE UN CASO: AGITACIÓN

Mb Molto García, AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero,
L Escamilla Ramos

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: agitation-drug intoxication-cerebral aneurysm

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 46 años con los antecedentes de mastectomía bilateral y consumo diario de metadona y cocaína, que consulta de madrugada en el servicio de urgencias por inquietud, cefalea y sudoración profusa. Ese día había tomado la mitad de dosis de metadona por lo que tras exploración y ECG anodino se diagnostica de síndrome de abstinencia y se le administra metadona. En domicilio a las horas presenta despertar brusco con intensa cefalea, malestar y disnea siendo avisado equipo de emergencia que cataloga de crisis de ansiedad y se le administra tranxilium. Queda dormida pero despierta a las horas con bajo nivel de conciencia, disnea intensa y sudoración profusa motivo por el que acude a urgencias. Exploración: Taquicardia a 150 lpm, Glasgow 8/15, pupilas midriáticas bilaterales, importante agitación motora. Insuficiencia cardiorrespiratoria con desaturaciones 88% con reservorio y EAP con importante acidemia de predominio metabólico con importante hiperlactacidemia. K 9. Se procede a IOT sin complicaciones presentando cuadro de fibrilación ventricular que precisa de desfibrilación pasando a taquicardia rítmica de QRS estrecho 150 con pulso y tensión, por lo que se procede a realizar Cardioversión eléctrica, bolos de amiodarona y posterior perfusión pasando a taquicardia en RS con BRI. En UCI se realiza ECO TT objetivando VI con ligera dilatación con hipocontractilidad generalizada y disfunción sistólica severa. VD ligeramente dilatado con ligera insuficiencia tricuspídea. no derrame pericárdico. Eco pleuropulmonar :derrame pleural bilateral con signos de patrón C de predominio en base izquierda sugerente de atelectasia/condensación. TAC craneal se aprecia moderado edema cerebral y hemorragia por rotura de aneurisma e Hipertensión intracraneal. Se confirma el fallecimiento de la enferma a las 24 h de su ingreso en UCI.

CONCLUSIONES:

Son muchas las ocasiones de consulta por agitación o consumo de tóxicos en nuestras consultas y a veces caemos en el error de infravalorar los síntomas. La mayoría de los aneurismas pasan desapercibidos hasta que se rompen o se detectan por radiología. Los síntomas pueden comprender desde cefalea, náuseas/vómitos, cambios en el estado de mental o nivel de conciencia. De ahí la importancia de la sospecha diagnóstica en estos casos de pacientes con agitación, intoxicación medicamentosa o toma de drogas.



CASOS CLÍNICOS

P-1986

PARÁLISIS DE TODD: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MR Martínez Herráez (1), MC Munuera Barahona (1),
D Lahoz Rodríguez (1), AC Cabistany Esqué (1), A Giménez Valverde (1),
L Letona Giménez (1), MJ Simarro Herráez (2)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (2) Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete

PALABRAS CLAVE: crisis convulsiva-ictus cerebral-hemiplejía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 52 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de enolismo, tabaquismo, consumo de psicótopos, accidente cerebrovascular (ACV) en territorio de arteria cerebral media izquierda quedando de forma residual debilidad en extremidades derechas, con mayor afectación en extremidades superiores y paresia de extremidad inferior derecha que no le impide la deambulación autónoma con ayuda de bastón, hemianopsia homónima derecha, VIH +, toxoplasma +, epilepsia. En tratamiento con: Depakine crono, Vimpat, Sertralina, Zebinix, Adiro, Benerva, Triumeq. Acude a urgencias por obnubilación, afasia y con movimientos en extremidades superiores derechas. A su llegada se activa código ictus. Exploración física: TA 134/81, FC: 62 lat/min, Tª: 36.2°C, Sat O2: 95% auscultación cardiopulmonar normal, abdomen anodino, neurológico destaca mutismo, hemianopsia homónima derecha, hemiplejía de hemicuerpo derecho, parálisis facial derecha, hemianestesia, afasia motora y obedece órdenes, Babinsky derecho. Analítica: Leucocitos 13200 (neutrófilos 83.6%), serie roja normal. Plaquetas 249000, Actividad de Protrombina 75%. Bioquímica normal. Equilibrio: PH 7.4. ECG: Ritmo sinusal a 77 lat/min, sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax sin hallazgos, TAC de perfusión: aumento de flujo y volumen sanguíneo en lóbulo parietal y temporal izquierdos compatible con estado postictal. Antiguo infarto occipital izquierdo por lo que se desactiva código ictus. Diagnóstico: status epiléptico/ parálisis de Todd.

CONCLUSIONES:

La parálisis de Todd o parálisis post ictal consiste en un déficit motor tras una crisis focal clónica o generalizada. Normalmente desaparece en menos de 48 horas. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con el accidente cerebral agudo (ACVA) ya que el error puede conllevar la administración de tratamiento fibrinolítico. Hasta hace relativamente poco tiempo el diagnóstico se realizaba por la identificación de criterios clínicos, actualmente la realización del TAC de perfusión permite confirmar el diagnóstico clínico al objetivar la existencia de aumento de flujo y volumen sanguíneo que apoyan el diagnóstico de crisis epiléptica. Se evita así la aparición de eventos adversos que podrían darse en estos pacientes derivados de la realización de fibrinólisis.

P-1987

MÁS ALLÁ DEL METEORISMO

E López Ramos, R Piernas Peco, M González Tejera, S Angell Valdés,
I Sánchez Martínez, D Anaya Sifuentes

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-disección-arteria mesentérica superior

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 51 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés (excepto fumador de 35 años/paquete y enolismo importante), que acude a urgencias por dolor abdominal persistente. Valorado previamente en su Centro de Salud, se diagnostica de meteorismo y se trata con Butilescopolamina, sin mejoría. El dolor se describe como agudo, cólico, de 10 horas de evolución, localizado en epigastrio e irradiado a espalda con náuseas. Se solicita analítica y radiología simple de abdomen, siendo los parámetros analíticos normales (excepto VCM elevado) y objetivándose asas dilatadas de intestino delgado en radiología simple. Se realiza Tomografía axial computerizada (TAC) abdomino-pélvica por persistencia de dolor intenso, con resultado de defecto de repleción de Arteria Mesentérica Superior sugestivo de disección, sin evidencia franca de sufrimiento intestinal. Se inicia tratamiento con heparina no fraccionada y se ingresa en Cirugía Vascular.

CONCLUSIONES:

La disección de Arteria Mesentérica Superior es una entidad muy poco frecuente, con una incidencia del 0.06%, como puede comprobarse tras búsqueda avanzada de Pub Med. El tratamiento óptimo de esta enfermedad es la anticoagulación, reservando el tratamiento endovascular o la reparación quirúrgica para aquellos casos con persistencia de dolor abdominal, en los que haya progresión de la lesión, estenosis de la luz arterial, dilatación o falsa luz con alto riesgo de rotura.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1989

ROTURA URETERAL ESPONTÁNEA POR LITIASIS

E Lagares Santana, M Moreno Fernández, D Molina Galbraith

Hospital Regional de Málaga

PALABRAS CLAVE: ureteral rupture-renal colic-abdominal pain**HISTORIA CLÍNICA:**

Varón de 40 años sin antecedentes de interés. salvo habito tabáquico y cuadro de cólico renoureteral derecho con expulsión espontánea de litiasis. Intervención previa de quiste pilonidal. Acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor en fosa renal derecha con irradiación anterior de 24 h de evolución de características cólicos y con importante cortejo vegetativo. Exploración con PPR derecha positiva y molestias en flanco derecho. En analítica destaca Crea de 1,44 (previa normal) y leucocitosis leve con hematuria franca. En Rx abdomen dudosa imagen cálcica en uréter distal derecho de unos 2mm. Ante la persistencia del dolor con analgesia parenteral se interconsulta con Radiología que realiza TAC abdomen visualizando una litiasis obstructiva distal en vía excretora RD con hidroureteronefrosis moderada y rotura ureteral secundaria(fornix). Se coloca doble J sin incidencias siendo dado de alta en 3 días. Se retira doble J en un plazo aproximado de 40 días sin problemas.

CONCLUSIONES:

Aunque el cuadro de cólico renoureteral es muy frecuente y suele resolverse sin incidencias, en los casos de persistencia de la clínica se deberán realizar pruebas de imagen complementarias para valorar complicaciones secundarias e interconsultar con Urología para realizar seguimiento.

P-1993

FIEBRE Y HEMIPARESIA

J Grünwald Ortiz, C Gómez Sánchez, S Juárez de Sosa, M Mejía Castillo, J Martínez Illera, JM Palomero del Río

Hospital Universitario de Burgos

PALABRAS CLAVE: human influenza-Guillain Barré syndrome-hemipareses**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 60 años sin antecedentes de interés salvo hipertensión arterial en tratamiento con valsartán. Acude a urgencias por cuadro de tos con expectoración amarillenta, artromialgias y fiebre de 24 horas de evolución, que en la mañana del ingreso se acompaña de debilidad en extremidades derechas que provoca su caída al suelo. El paciente se encuentra febril y estable hemodinámicamente. En la exploración por aparatos no hay hallazgos destacables salvo en la neurológica, donde se objetiva en hemicuerpo derecho hemiparesia de predominio crural, hemihipoestesia y reflejo cutaneoplantar indiferente. Dada la focalidad neurológica e infecciosa se solicita analítica con hemograma, función renal, ionograma, coagulación, PCR, aspirado nasofaríngeo para gripe y TAC craneal. Destacan en los resultados 4300 leucocitos, PCR 17 y PCR para gripe A positiva. TAC craneal normal. Con sospecha de infarto lacunar el paciente ingresa en la Unidad de Ictus. A lo largo del día del ingreso comienza con parestesias y debilidad en hemicuerpo izquierdo, objetivándose además reflejos osteotendinosos hiporreactivos. Se realizó RMN cervicodorsal que descartó mielopatía y punción lumbar en la que se observa proteinorraquia leve. Con la sospecha de polirradiculoneuritis aguda se realiza un electromiograma confirmando el diagnóstico. Durante cinco días se le administran inmunoglobulinas iv y Oseltamivir mejorando clínicamente y procediéndose al alta con diagnóstico de Sd de Guillain-Barré e infección por Gripe.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno autoinmune, que puede desencadenarse por procesos infecciosos y provoca la desmielinización de los nervios. Se manifiesta habitualmente con parálisis bilateral progresiva ascendente (la presentación con hemiparesia es lo llamativo del caso). Se diagnostica mediante punción lumbar y electromiografía y se trata con inmunoglobulinas o plasmaféresis. Nuestro paciente presenta clínica infecciosa y neurológica concomitante, planteándose inicialmente que se trataba de dos cuadros clínicos independientes: gripe (clínica compatible y PCR de virus Influenza A positivo) e infarto lacunar agudo (focalidad neurológica: hemiparesia y hemihipoestesia y TAC craneal normal). La evolución de la clínica neurológica (tetraparesia y parestesias bilaterales) obliga a descartar mielopatía mediante RMN y finalmente se llega al diagnóstico de Sd de Guillain-Barré con la punción lumbar y el electromiograma.



CASOS CLÍNICOS

P-1995

DOLOR EN FOSA RENAL, MÁS ALLÁ DEL CÓLICO RENOURETERAL

G Esteban Gutiérrez, V Heras Fernández, B Martínez Villena,
C Briega Iglesias, A Martín-Sonseca Rodríguez, M López López,
Y Béjar Álvarez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: cólico renal-infarto renal-infarto esplénico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de carcinoma de pulmón, actualmente libre de enfermedad e ingreso reciente por brote moderado-severo de enfermedad inflamatoria intestinal indeterminada cortico refractaria precisando tratamiento con fármacos biológicos. Es fumador. Acude a Urgencias por dolor lumbar irradiado a región inguinal derecha de 3 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración física se encuentra afebril, llama la atención TA 210/110 mm Hg, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno normales. El abdomen presenta ruidos hidroaéreos positivos, es blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa sin signos de irritación peritoneal, puño-percusión renal derecha positiva. En la analítica a su llegada destaca leucocitosis (27.700 con 91,2% neutrófilos), trombocitosis 504.000. La bioquímica no muestra hallazgos relevantes, PCR < 1. En el sedimento de orina cristales de oxalato y microhematuria. La radiografía de abdomen es inespecífica. Ante la sospecha clínica de cólico renourteral derecho complicado se solicita ecografía abdominal sin hallazgos. Durante su estancia en Urgencias llama la atención el mal control del dolor a pesar de analgesia con dos escalones terapéuticos así como importante aumento de cifras tensionales en paciente sin antecedentes. Se realiza control analítico con persistencia de importante leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda (PCR 47,4). Destaca LDH 1132. Se plantea por tanto el diagnóstico diferencial con otras entidades que se asemejan desde el punto de vista clínico al cólico renourteral. La realización de TAC abdomino-pélvico confirma la existencia de hallazgos compatibles con infartos renales y esplénicos, dado que se observan lesiones isquémicas múltiples, la causa embólica es la más probable. Una vez en planta se realiza ecocardiograma transesofágico con pequeña imagen ecodensa en la unión sinotunular aórtica que podría estar en relación con una vegetación. El PET-TAC muestra un incremento de captación a dicho nivel, confirmando la endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica como origen de los émbolos.

CONCLUSIONES:

El infarto renal y esplénico es una patología infrecuente en nuestro medio. Aunque la causa más probable es la enfermedad tromboembólica también puede producirse por la liberación de émbolos sépticos secundario a procesos infecciosos como la endocarditis.

P-1996

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INCIERTO

R González González (1), B Rojano Martín (2), E Aznar Andrés (3),
P López Riquelme (1), R Torres Garate (1), J Medina Ortega (1),
A Martín Martínez (1)

(1) Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid. (3) Hospital Universitario de Getafe. Madrid

PALABRAS CLAVE: hemorragia digestiva-rectorragia-síncope

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 60 años que acude por rectorragia. Entre sus antecedentes personales, destaca hipertensión arterial. La paciente refiere en días previos intenso cansancio. A su llegada a urgencias la paciente realiza varios episodios de rectorragia, acompañados de sudoración profusa y síncope, por lo que la paciente pasa a la emergencia. Presenta TA 60/40, 130 lpm. Se realiza reposición enérgica de volumen con suero salino. Cuando se estabiliza a la paciente, se contacta con el Servicio de Digestivo y se decide la realización de gastroscopia, dada la severidad de la rectorragia (rectorragia presente en las primeras horas de ingreso asociada a alguna de las siguientes características: presión arterial sistólica <100 mmHg, frecuencia cardiaca >100 pulsaciones por minuto, síncope no explicado por otras causas, hemoglobina <9 g/dl en ausencia de anemia crónica previa o descenso de la hemoglobina >2 g/dl). El hemograma muestra Hb 10 (El mes previo tiene Hb 14). La gastroscopia: probable esófago de Barret no biopsiado. Hernia hiatal mixta. Imagen de gastritis crónica atrófica. Neoformación gástrica ulcerada, con sangrado activo y vaso visible.

CONCLUSIONES:

La HDA y la HDB, tienen una serie de particularidades que justifican un abordaje diferenciado, aunque el manejo inicial es común. La HDB es clínicamente diferente de la HDA en cuanto a epidemiología, pronóstico, tratamiento y evolución. En los Servicios de Urgencias, el tratamiento inicial es similar al tratamiento de los pacientes con HDA e incluye la evaluación de la gravedad, la estabilización hemodinámica y la determinación del pronóstico. De un 10 a un 20% de los pacientes con rectorragia e inestabilidad hemodinámica (presión arterial sistólica <100 mmHg y/o frecuencia cardiaca >100 pulsaciones por minuto y/o síncope) presentan realmente una HDA. Por ello, en pacientes con rectorragia e inestabilidad hemodinámica se recomienda realizar una endoscopia alta como primera exploración diagnóstica tras la reanimación hemodinámica si el paciente se encuentra en situación de poder realizar dicha exploración. La presencia de melenas, la historia previa de HDA y/o un cociente urea/creatinina > 30 también deben hacernos pensar la posibilidad de que se trate de una HDA e indicar una endoscopia digestiva alta como primera exploración.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1997

¡DOCTOR, ME DUELE MUCHO LA BARRIGA! ACIDOSIS LÁCTICA POR INTOXICACIÓN POR METFORMINA

A Condon Abanto (1), M Cramp Vinaixa (1), P Espin Aguade (2), J Ramos Rodríguez (1), B Villar Navas (1), M Berned Sabater (1)

(1) Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. (2) UTE Egara

PALABRAS CLAVE: acidosis láctica-metformina-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

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 (pH 6,65, lactato 12.84 mmol/L, Bicarbonato 8 mmol/L), hipernatremia, creatinina 8 mg/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 5 mmol/L y pH arterial < 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.

P-1998

PÉRDIDA DE MEMORIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN TUMOR CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Martín Sánchez, E Gutiérrez Marigorta, MJ García Miranda, P Barbero Barbero, V Siles Jiménez, AM Chuchon Alva, AM Ciocea

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: astrocitoma-pérdida memoria-inestabilidad marcha

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso: Mujer de 78 años con antecedentes de HTA y DM tipo 2 en tratamiento con Enalapril y Metformina. Acude a Urgencias (acompañada de su hija) por pérdida de memoria reciente y sensación de mareo sin giro de objetos de un mes de evolución. No fiebre, náuseas, vómitos, ni cefalea. Desde hace dos semanas, camina con torpeza y tiene insomnio (teme morir por neoplasia cerebral como su hermano). Niega otra sintomatología por órganos y aparatos. Debido a los antecedentes, clínica y repercusión neurológica en la exploración física, sospechamos desde un deterioro cognitivo, Accidente cerebrovascular hasta una neoplasia cerebral. Tras las pruebas de imagen, ingresa en Neurología y posteriormente tras conocer el diagnóstico está en tratamiento y seguimiento por Oncología. Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15, TA 124/76 mmHg, T 36.9°C, FC 78 l.p.m, Glucosa 90. Cavidad orofaríngea normal, no adenopatías. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal normales. Exploración neurológica destaca marcha atáxica e inestable, dismetría dedo-nariz derecha. Pares craneales y Campimetría normales. No signos meníngeos. Lenguaje normal. Fuerza 5/5, RMT +/-++. Fondo de ojo: No papiledema. Tira reactiva de orina negativa. El TAC revela lesiones cerebrales múltiples en anillo en región callosa, parietal y frontal izquierdas sugerentes de metástasis o tumor cerebral primario y poca probabilidad de linfoma primario de SNC. Las imágenes de RM son sugerentes de Glioblastoma Multiforme, aunque no descarta metástasis. La biopsia cerebral confirma Astrocitoma grado II. Juicio clínico: Astrocitoma grado II Diagnóstico diferencial: Deterioro cognitivo, ACV, Metástasis, Tumor cerebral primario.

CONCLUSIONES:

Los astrocitomas son los tumores cerebrales primarios más frecuentes (60%). La OMS los clasifican según su nivel de malignidad desde el astrocitoma pilocítico (grado I), astrocitoma difuso (grado II), astrocitoma anaplásico (grado III), hasta el Glioblastoma multiforme (grado IV), el más frecuente. El tratamiento consiste en Cirugía con/ sin Radioterapia o Cirugía seguida de Radioterapia y Quimioterapia. Este caso demuestra la importancia de la anamnesis y exploración física para una correcta orientación diagnóstica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-1999

UNA CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL

JM Giner Morales, C Sala Sáinz, V Chumpitaz Capcha,
M Balaguer Catalán, MJ Larré Muñoz, G Hernández Comes,
C Pérez Ductor

Hospital Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-trombosis venosa-anticoagulación

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 61 años, con antecedentes personales de dislipemia, neoplasia de próstata e hipoacusia, que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal difuso de 8 días de evolución (la segunda vez que acude en una semana). El dolor es moderado (4 de EVA), tipo cólico, sobretodo en epigastrio, asocia náuseas sin vómitos junto a pirosis, halitosis y anorexia. Estreñimiento al inicio del cuadro que requirió toma de laxantes, siendo en estos momentos las deposiciones blandas, y frecuentes en el día. En la exploración física está estable hemodinámicamente, afebril, con regular estado general, y destaca en abdomen dolor difuso a la palpación, mayor en epigastrio y FID sin defensa ni signos de irritación peritoneal. En exploraciones complementarias sólo destaca fibrinógeno y PCR levemente elevados, siendo el hemograma normal. Tras realizarse ecografía, que no es concluyente, se realiza TC abdominopélvico con contraste intravenoso con resultado de: trombosis de vena mesentérica superior y de todas sus ramas con extensión a vena porta extrahepática y a algunas ramas portales intrahepáticas. Asas intestinales de paredes finas sin signos de isquemia. Se procede a anticoagulación con bemiparina e ingresa en digestivo. En planta se amplía estudio analítico, que es normal, y además el paciente inicia tratamiento con sintrom. Al alta se solicita posterior realización de TC toracoabdominopélvico y seguimiento en consulta externa.

CONCLUSIONES:

La trombosis venosa mesentérica (TVM) constituye una patología poco frecuente. Se define como un trombo de vena mesentérica con infarto intestinal. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal. La cirugía abdominal previa y los estados de hipercoagulabilidad son las condiciones más comunmente asociadas a TVM. El diagnóstico se hace por una alta sospecha clínica asociado a técnicas de imagen no invasivas, donde la TC es la prueba más sensible. La inmediata anticoagulación es el punto clave para mejorar el pronóstico en estos pacientes, reservándose la cirugía para casos de necrosis intestinal. La angiografía convencional se reserva para casos dudosos con las pruebas de diagnóstico no invasivo y se puede asociar al tratamiento endovascular.

P-2001

PIENSA MAL Y ACERTARÁS...

V Alcover Medina (1), A Peiró Gómez (2), C Gago Bellido (2),
J Villalonga Musoles (2), M Barbera Salom (2), A Ayestaran Maso (2)

(1) Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. (2) Hospital de Llíria. Valencia

PALABRAS CLAVE: lesión hipogloso-hemorragia cerebral-examen neurológico

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 72 años que acude por referir, sobre las 15h, después de comer frutos secos, cuadro de mareo brusco acompañado de sensación de hinchazón de lengua y labio superior, leve desviación comisura izquierda y dificultad para tragar y para el habla, que atribuye al edema de lengua y labio. Ap HTA, sin otros antecedentes. Exploración física COC, Constantes normales (TA 125/69) ACP : sin alteraciones. ABDOMEN: anodino NEUROLÓGICO : no déficits motores ni sensitivos en las cuatro extremidades. Mareo intenso con apertura de ojos y movilización céfalica. Pupilas IC y NR. lenguaje conservado, no disártrico. visión borrosa (no doble) principalmente en visión lateral dcha. Al protruir lengua desviación de la punta hacia la dcha, (¿lesión del hipogloso?). Paresia del velo palatino izdo. (¿lesión glossofaríngeo?), nistagmo que cambia en la dirección de la mirada (horizontal y vertical). Facial sin asimetrías. MOE: limitación supraversion bilateral con posible skew ** (OI hipotropeo). No hipo. No disfonía. No hipoalgesia ni termoalgesia en región facial., ** (Desviación en Skew: divergencia con giro céfalico vertical,. Se asocia a lesiones protuberanciales o bulbares laterales por lesión de núcleos vestibulares). ANALÍTICA: HEMOGRAMA: Hemograma sin alter COAGULACIÓN: sin alter GASOMETRÍA VENOSA: Ácido láctico (venoso) urg: 4.90 mmol/l, BIOQUÍMICA: Glucosa 205 mg/dl, resto sin alter ECG: ritmo sinusal a unos 90lpm. Eje 60°. PR 120mseg. QRS estrecho. RX TORAX: Sin alteraciones de significación. TC CEREBRAL: Hematoma agudo en el tronco del encéfalo, localizado en la vertiente posterior del bulbo raquídeo, de aproximadamente 12 x 10 mm, sin asociar edema perilesional significativo.

CONCLUSIONES:

Una correcta exploración neurológica en una paciente con síntomas y signos de posible reacción alérgica pueden hacernos cambiar por completo la sospecha diagnóstica. Ante una alteración en la exploración neurológica, hay que SOLICITAR TAC Urgente, que en nuestro caso confirmó el diagnóstico de HEMORRAGIA DE BULBO RAQUÍDEO.



CASOS CLÍNICOS

P-2003

NEURALGIA DE ARNOLD: LA CEFALEA INFRADIAGNOSTICADA.
INFILTRACIÓN EN URGENCIAS

MI Rodríguez Rodríguez, E Méndez Infiesta, JR Hevia González,
MJ Amador Tejón, BM Martínez Mengual

Hospital San Agustín-Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: cefalea-neuralgia-infiltración

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 44 años sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por cefalea a tratamiento con antiinflamatorio y relajante muscular desde hace una semana, sin mejoría. El dolor es continuo, de inicio en zona cervical posterior derecha con agarrotamiento, irradiando a región occipital homolateral y región periorbitaria. Se desencadena y aumenta con la palpación, la tos y también la deglución. En últimos días asocia parestesias en zona frontal y parietotemporal derecha. A la exploración se aprecia contractura cervical sin meningismo, con punto doloroso al presionar sobre zona occipital derecha e hipersensibilidad de cuero cabelludo. Las pruebas complementarias en urgencias fueron normales (analítica general, radiografías cervicales y de tórax y tomografía computarizada craneal). Con sospecha de neuralgia de Arnold, se solicita consulta a neurología que realiza infiltración a nivel de punto de Arnold (situado 2 cm por fuera y por debajo de la protuberancia occipital externa, zona de emergencia del nervio occipital mayor a nivel subcutáneo) con 40 mg de triancinolona y 2 ml de mepivacaína al 2%. Tras unos minutos, la paciente manifestó mejoría del dolor. Fue alta a domicilio con indometacina. En revisiones posteriores su evolución fue favorable.

CONCLUSIONES:

La neuralgia de Arnold es una causa infrecuente de cefalea occipital y está infradiagnosticada en los servicios de urgencias. Se debe a la afectación del nervio occipital mayor o de Arnold, raíz posterior de la segunda raíz cervical. El diagnóstico se realiza por dolor punzante y paroxístico a nivel del trayecto del nervio, acompañado por hipoestesia o disestesias en el área afectada. Es importante realizar diagnóstico diferencial con otras causas de cefalea, como migrañas, cefalea tensional, cervicalgias, de mayor prevalencia. La infiltración anestésica del nervio, a nivel subcutáneo, es un método de doble utilidad. Es un tratamiento fundamental ante la falta de respuesta a analgesia oral y además su efectividad confirma el diagnóstico. Es una técnica sencilla y posible de realizar en un servicio de urgencias.

P-2005

LESIÓN RENAL AGUDA POR HIPERCALCEMIA

A Valencia Dutor, C Rodríguez Ramírez, J Valdeza Sandin,
I Verdejo Ledesma

Hospital del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

PALABRAS CLAVE: hipercalcemia-lesión renal aguda-hiperparatiroidismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 34 años que acude a urgencias por astenia, artralgias, mialgias y estreñimiento de 2 semanas de evolución. Como antecedentes personales destaca dos episodios de cólico renal en 2009 y 2012. En la analítica destaca una creatinina de 3,39 sin acidosis. Se inicia sueroterapia intensa sin mejoría. Se pide ecografía renal donde se observan los riñones con desdiferenciación corticomedular y múltiples imágenes hiperecogénicas en grupos calicales del riñón derecho, con sombra acústica posterior, sugestivas de nefrolitiasis. Se amplía analítica, objetivando un calcio corregido de 20,5. Se pide una ecografía de cuello donde se observa imagen en lóbulo tiroideo derecho una masa de 31*32*45 compatible con nódulo paratiroideo. Se pide PTH con valor de 4614. Ante el diagnóstico de hipercalcemia severa por hiperparatiroidismo primario se inicia tto médico con calcitonina, se dializa y se programa para cirugía de paratiroidectomía urgente.

CONCLUSIONES:

En el caso de un fracaso renal agudo la ecografía clínica a pie de cama puede ayudar al diagnóstico. En este caso, la pobre diferenciación corticomedular, la presencia de múltiples litiasis y la ausencia de dilatación pielocalicial orientan al diagnóstico. Un nódulo tiroideo de 31*32*45 es muy fácilmente visible en una ecografía de cuello. La ecografía clínica a pie de cama en la urgencia es una herramienta muy útil que facilita el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2006

CUANDO EL ICTUS SE COMPLICA

E Quero Motto, E Marín Arranz, E Valle Rodríguez, B Palazón Cabanes, E Martínez Lerma, MJ Huertas Sánchez, A Cazorla Méndez

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: accidente cerebrovascular-terapia trombotica-disección

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 63 años sin antecedentes médicos de interés que es traída por sus familiares por encontrarla en la cama somnolienta. La última vez que la vieron asintomática fue la noche previa. Presenta una disartria severa, con desviación oculocefálica a la derecha, hemianopsia completa izquierda, parálisis facial parcial. Anestesia de hemicuerpo izquierdo. TA: 161/89 FC: 50 satO₂: 99%. Resto de exploración anodina. Con sospecha de Ictus, se activa protocolo. Se realizan pruebas de imagen: TC cráneo simple: sin lesiones hemorrágicas agudas parenquimatosas. Al Realizar la fase arterial que comprende un Angio TC de TSA y cerebral y se observa desflecamiento de la pared aórtica en la cara inferior del cayado, con imágenes de trombo flotante. Oclusión del sifón carotideo y de la ACM derechas. Ingresa en la UCI con diagnóstico de disección aórtica en cayado, con embolismo hacia carótida derecha y oclusión intracraneal del sifón y de la ACM-M1 derecha. Área de infarto establecido profundo y superficial en hemisferio derecho, con un mismatch del 50% respecto al tejido hipoperfundido. La disección contraindicaba la trombolisis y trombectomía intrarterial mecánica. Por riesgo de transformación hemorrágica del ictus, no se intervino la disección. En TC de control se evidenció un infarto establecido sin transformación hemorrágica con efecto masa e hipodensidades sugestivas de infartos en bazo y riñón de probable origen embólico.

CONCLUSIONES:

Las causa más frecuente de ictus son las embolias de origen cardiaco, pero existen otras causas que debemos tener en cuenta. La trombectomía intraarterial se plantea en pacientes de entre 18 y 80 años que hayan sido excluidos para trombolisis. El tiempo para realización es más amplio, contempla hasta las 6 horas desde el inicio de la clínica. Uno de los criterios de exclusión, por el cual se desestimó para nuestra paciente, fue la presencia de disección de arteria aorta. En los pacientes con sospecha de Ictus, es tan importante la determinación de la hora de inicio, para realizar la técnica más indicada, así como las imágenes radiológicas. Como protocolo se establece un TAC simple para descartar hemorragia, así como un TAC vascular, iniciando los cortes desde la aorta. Gracias a ello, se pudo diagnosticar la disección de aorta y visualizar el trombo flotante.

P-2007

MIELOPATÍA INFLAMATORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L Hernández Castells, L Sánchez Amo, M Quero Escalada, E Tejero Sánchez, M Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

PALABRAS CLAVE: mielitis-mielitis transversa-mielopatía inflamatoria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 35 años, sin factores de riesgo cardiovascular, G3-A2-V1, lactancia materna actual, hipotiroidismo posparto resuelto, en tratamiento con hierro oral. No otros AP de interés. AF sin interés. Consulta urgencia por un cuadro de inicio progresivo hace más de un mes de prurito nocturno en abdomen izquierdo que progresa a parestias/disestesias en todo hemiabdomen y dorsal posterior. Consulta a su médico de atención primaria que le diagnostica de posible herpes, pero no había presentado lesiones cutáneas ni fiebre. Es valorada por neurólogo que recomienda ingreso para estudio de síndrome sensitivo izquierdo mediante RM que la paciente decide hacerse de forma ambulatoria por motivos familiares. Vuelve a consultar a urgencias a la semana por persistencia de los síntomas y extensión a muslo y rodilla izquierda. No refiere síntomas visuales ni diplopía ni alteración de esfínteres, ni clínica motora. Reconoce estado de ansiedad. En la exploración sólo destaca disminución de sensibilidad referida en hemicuerpo izquierdo desde D10 hasta L3 y disminución de sensibilidad en cara anterior del muslo izquierdo hasta rodilla. En la analítica se observa ferropenia, resto normal. El estudio del LCR resultó normal, estando las bandas oligoclonales pendientes. La RM de cerebro con contraste iv: estudio dentro de límites normales. En la RM de columna cervical dorsal con contraste se observan lesiones hiperintensas en T2 en la medula cervical y dorsal compatibles con focos de mielitis inespecífica. Potenciales evocados visuales simétricos y dentro de los parámetros de normalidad. Tras realización de pruebas complementarias se inicia tratamiento con corticoides a dosis altas y es dada de alta con el juicio clínico de mielitis de probable origen inflamatorio.

CONCLUSIONES:

Las mielopatías inflamatorias e inmunitarias incluyen la esclerosis múltiple, la neuromielitis óptica, mielitis postinfecciosa, sarcoidosis y enfermedad autoinmunitaria generalizada. En casi el 25% de los casos de mielitis no puede identificarse alguna causa. Los episodios de mielitis recurrente en general los causan trastornos inmunitarios o infección por virus del herpes simple tipo 2.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2010

ANISOCORIA DEL JARDINERO

A Bufo Galiana, A Gallardo Tur, B Sánchez Mesa, E Rosell Vergara

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: midriasis-anisocoria-toxina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

La midriasis unilateral espontánea o es una entidad infrecuente observada en las consultas de urgencias. La Anisocoria del Jardinero ocurre por contacto de toxinas contenidas en algunas plantas y aparece al frotarse los ojos tras labores de jardinería. Este dato clave que ha de ser preguntado en toda anamnesis de midriasis en Urgencias. Se describe dos casos de midriasis unilateral espontánea por contacto con el género Brugmansia, coloquialmente conocido como Floripondio o Trompeta del ángel o del juicio. Varón de 19 años y mujer de 32, que acuden por midriasis unilateral izquierda de 4 y 6 horas de evolución respectivamente sin déficit visual ni cefalea ni otra sintomatología acompañante. La exploración neurológica normal, salvo una midriasis hiporreactiva izquierda que no respondió a colirio de Pilocarpina al 2%. Se realizó estudio básico de Urgencias con analítica con hemograma, coagulación, bioquímica, radiografía de tórax, electrocardiograma y TAC de Cráneo que resultó normal. Los pacientes comentaron haber estado realizando labores de jardinería en casa varias horas antes del comienzo de los síntomas, la mujer refirió haberse frotado los ojos previamente a los síntomas. Se mostraron a los pacientes varias fotografías encontradas en buscadores generales de Internet, cuyo reconocimiento visual fue positivo Floripondio o Trompeta del Ángel. La midriasis cedió espontáneamente a las 48 horas, dato que evitó ingreso y pruebas complementarias. Existe en la literatura una decena de casos publicados de midriasis unilateral por contacto con plantas, todas ellas causadas por especies de árbol tipo Brugmansia y Datura. Ambas pertenecen a la familia de las Solanaceas, siendo esta familia la principal responsable de las intoxicaciones por sustancias neurotropas de origen botánico. Las especies productoras de toxinas frecuentes en nuestro medio son Estramonio, Floripondio, Belladona, Beleño (Tropanos), Patatera, Tomatera, Berenjena, Dulcamara y Solano Negro (Solanina), Petunia (Calisteginina), Pimiento Chile (Calisteginina).

CONCLUSIONES:

La midriasis unilateral arreactiva espontánea y otras intoxicaciones sistémicas están frecuentemente asociada con el contacto y/o consumo de toxinas anticolinérgicas presentes en especies de la jardinería doméstica. La pregunta sobre la manipulación de plantas durante la anamnesis es clave para su correcto diagnóstico. Los medios informáticos hacen posible la identificación de la especie.

P-2011

PARAPARESIA EN URGENCIAS

M Quero Escalada, R Piñero Panadero, L Hernández Castells,

L Sánchez Amo, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

PALABRAS CLAVE: paraparesia-diagnóstico-inmunoglobulina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 75 años, antecedentes personales: hipercolesterolemia, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular vertebrobasilar con lesión isquémica antigua cerebelosa izquierda con inestabilidad en la marcha e historia de síncope sin cardiopatía significativa, lumbalgia crónica irradiada a cara externa de miembros inferiores desde hace 1 año. En tratamiento: ?-bloqueante, antagonista de angiotensina II, estatina y antiagregante. Acude a Urgencias por hipoestesia en pies, brusca durante la noche y por la mañana, disminución de fuerza bilateral en miembros inferiores al deambular. La sintomatología progresa en horas de forma ascendente, afectando durante su valoración, hasta región inguinal y glútea. No alteración de esfínteres, fiebre ni cefalea. No dificultad respiratoria ni disfagia. No refiere traumatismos, dolor lumbar ni radicular añadido. No antecedentes infecciosos. Hemodinámicamente estable, afebril, leve frialdad cutánea distal con pulsos y relleno capilar normal. Auscultación cardíaca y respiratoria sin alteraciones. Se objetiva una paraparesia progresiva de predominio derecho con nivel sensitivo bilateral con abolición de reflejos aquileos. ECG, analítica y radiografía de tórax sin alteraciones. Con sospecha diagnóstica de síndrome medular, se solicita resonancia magnética dorso-lumbar urgente que sólo demostró cambios osteoarticulares degenerativos sin lesión medular. Ante la sospecha de polirradiculoneuritis, se realiza punción lumbar que resultó anodina y se inicia tratamiento con Inmunoglobulina Humana a altas dosis con rápida y progresiva remisión de la sintomatología. Diagnóstico: Paraparesia aguda progresiva: Mielitis inmunomediada, probable Síndrome Guillain-Barre.

CONCLUSIONES:

Las patologías que afectan a la médula espinal son diversas, se incluyen: etiología autoinmune, infecciosa, neoplásica, vascular y enfermedades hereditarias o degenerativas. Los síntomas de presentación, la exploración física y los hallazgos de neuroimagen identificarán la probable etiología en la mayoría de los pacientes. En este caso, la polirradiculoneuritis de curso muy agudo y algo atípico, recomienda realizar punción lumbar para el diagnóstico valorando que se trate de polineuropatía aguda desmielinizante (ej. síndrome de Guillain-Barré) que tiende a afectar primero fibras predominantemente motoras presentando, eventualmente, disestesias distalmente en piernas y brazos. En el líquido cefalorraquídeo, la disociación albúmino-citológica (acelularidad con aumento de proteínas) suele aparecer a partir de la 1ª semana del inicio de la clínica. La evolución favorable, aunque demasiado precoz, tras inmunoglobulina también apoyaría el diagnóstico de mielitis inmunomediada.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2013

HEMORRAGIA CEREBRAL SECUNDARIA A ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL

J Tapia Martínez (1), A Gallardo Tur (2), B Sánchez Mesa (2)

(1) Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

(2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: hipertensión arterial-hemorragia cerebral-estenosis arteria renal**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo occidental. La HTA secundaria es producida por una causa definida (vasculorrenal, renal u hormonal entre otras). La estenosis de arteria renal es causa de HTA secundaria, siendo más frecuente el origen aterosclerótico. La causa principal de hemorragias intracraneales es la HTA. Mujer de 47 años, ex fumadora. HTA diagnosticada hacía seis semanas (presión arterial 170/90 mmHg asociada a cefalea occipital, sin sudoración, ni taquicardia), y tratada con enalapril 10 mg. Es traída a Urgencias por presentar debilidad en hemicuerpo derecho, trastorno en el lenguaje y cefalea. A su llegada presentaba cifras de PA de 180/100 mmHg, afebril. Glasgow 13-14. Se activó protocolo de Código Ictus. La Tomografía Computarizada craneal mostró hematoma intracerebral en los ganglios basales izquierdos con apertura a ventrículo lateral, con edema y desviación de línea media mínima. Durante su estancia en Urgencias, se objetivó crisis hipertensiva en torno a 200/100 mmHg, a pesar de que se administraron diferentes combinaciones de fármacos antihipertensivos a altas dosis (manitol, labetalol, urapidil, amlodipino, captopril y nitroglicerina) sin control de la PA. Como despistaje de HTA secundaria se realizó ecografía doppler y renal, entre otras pruebas complementarias. En la ecografía doppler y posterior angioTC de arterias renales, se objetivó una estenosis del 70-80% en la arteria renal derecha distal de origen arteriosclerótico, con soplo en la ecografía doppler y disminución del volumen renal derecho. Tras su ingreso hospitalario se realizó angioplastia renal derecha con colocación de stent renal sin complicaciones posteriores. con normalización posterior de PA. La paciente recuperó parcialmente déficit neurológico, a su alta hospitalaria, sólo con leve hemiparesia en brazo, sin trastorno del lenguaje y buen control de PA.

CONCLUSIONES:

Se debe sospechar hipertensión arterial secundaria ante la falta de control de PA a pesar de tratamiento intensivo. Se debe plantear diagnóstico diferencial de causas de HTA secundaria ante HTA de difícil control, inicio súbito, progresión rápida y daño orgánico desproporcionado al grado o tiempo de evolución de la HTA. La ecografía en urgencias puede ser útil para el despistaje de HTA secundaria.

P-2014

CASO ATÍPICO DE AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA POR ICTUS ISQUÉMICO DE PEQUEÑO VASO

J Tapia Martínez (1), A Gallardo Tur (2), B Sánchez Mesa (2)

(1) Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

(2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: amnesia global transitoria-ictus-lacunar**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 62 años con factores de riesgo vascular (fumador, hipertenso e hipercolesterolémico) que acude a urgencias por dos episodios en 48 horas de amnesia anterógrada de más de 20 minutos de duración cada uno, realizando preguntas repetitivas, con diagnóstico clínico de episodios de amnesia global transitoria (AGT) de repetición. La exploración neurológica fue completamente normal, salvo por déficit mnésico anterógrado durante la exploración, ya que no recordaba momentos previos, ni trayecto a urgencias). Debido a la repetición del cuadro en 48 horas se considerará como caso atípico, por lo que se inició estudio en Urgencias. Se realizó estudio básico con analítica de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma que no demostraron alteraciones. La ecografía carotídea demostró placas de ateroma en ambos sistemas carotídeos sin estenosis singificativas. La resonancia magnética de cráneo que mostraba lesión isquémica lacunar en corteza cingular derecha hiperintensa en T2 y T2FLAIR con marcada restricción en valores altos de difusión, con diagnóstico final de Amnesia global Transitoria secundaria a Ictus isquémico de pequeño vaso en giro cingulado. El paciente recuperó sin déficit en menos de 24 horas, sin secuelas. La AGT típica generalmente es de etiología idiopática, generalmente por alteración del hipocampo. En diferentes estudios se observan cambios de señal en RM de Cráneo en regiones hipocámpales durante los episodios agudos típicos. A pesar de ello, existen una minoría de casos en las que se observan lesiones de cuerpo calloso, talámicas y giro cingulado (un caso de hematoma como único caso publicado). Son guestivos de estudio aquellos casos de AGT considerados como atípicos aquellas producidas tras traumatismo, pérdida de conciencia, signos neurológicos focales, repetición de episodios más de 3 al año y alteraciones metabólicas. Se deduce que esta entidad, clásicamente relacionada casi exclusivamente con el hipocampo, también puede ser producida por alteraciones en otras estructuras involucradas en los circuitos de memoria.

CONCLUSIONES:

Se debe sospechar causa secundaria de AGT en casos atípicos, los cuales deben ser estudiados en profundidad. La AGT puede ser producida no sólo por lesiones en hipocampo sino también por alteraciones en diferentes estructuras implicadas en los circuitos de memoria.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2016

MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS DE LA TOSCANA

C Bajo Fernández, G Leal Reyes, V Martínez de Pinillo Sánchez*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba***PALABRAS CLAVE:** meningitis-encefalitis-TOSV**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 21 años, que ingresa en nuestro servicio de urgencias por alteración del comportamiento asociado a cefalea y náuseas de horas de evolución. Precisa sedación e IOT para control del cuadro de agitación psicomotriz. Sin antecedentes de patología psiquiátrica ni consumo de tóxicos. Músico de profesión y residente en el último año en el sur de Italia. Ante la sospecha de patología central, se realiza TAC craneal, en el que no se observan lesiones agudas ni crónicas y punción lumbar con salida de líquido claro a alta presión y determinaciones bioquímicas compatibles con cuadro vírico y electroencefalograma con lentificación de la actividad de base difusa y severa, frecuencia delta a 2-3 Hz por segundo sin observarse anomalías paroxísticas focales ni generalizadas, estudio compatible con lesión por encefalitis. Se realiza estudio microbiológico del LCR :PCR VZV, VHS 1 y 2, VHH 6, CMV, VEB, enterovirus: negativas. PCR virus de la Toscana: positivo. A nuestro paciente se le trató de forma empírica con ceftriaxona, vancomicina, aciclovir y dexametasona mientras se esperaba los resultados y tratamiento de soporte con traslado a planta sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES:

Virus de la Toscana(TOSV)es un arbovirus(virus transmitido por artrópodos) que pertenece al género Phlebovirus. Se aisló por primera vez en el año 1971 en Italia en dos especies diferentes de flebotominos, phlebotomus perniciosus y P. perfiliewi. Más de una década después se notificaron casos de infección en viajeros al regreso de Italia. En España, el virus se aisló por primera vez en 1988 en pacientes con meningitis linfocitaria. Este virus puede producir afectación neurológica y se considera actualmente un virus emergente.El periodo de incubación del virus suele ser corto (3 a 7 días habitualmente.Algunas infecciones pueden cursar de forma asintomática o escasamente sintomática y sólo en algunos casos producen cuadros neurológicos, principalmente meningitis aséptica y ocasionalmente de meningoencefalitis/encefalitis como ha sido en nuestro paciente.El tratamiento de la infección por TOSV es principalmente sintomático y de soporte. Las medidas de vigilancia epidemiológica son importantes y la prevención se basa en la utilización de medidas de prevención para evitar las picaduras principalmente en los meses más cálidos del año.

P-2045

CÓDIGO ICTUS CON FINAL FELIZ

C Fernández Alcalá, AF Perea Fernández, J Beteta Moya*Complejo Hospitalario de Jaén***PALABRAS CLAVE:** accidente cerebrovascular-código ictus-trombolisis**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 63 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus no insulino dependiente, es trasladada por 061, previa activación de código ictus, por cuadro de disartria, desviación comisura bucal derecha y hemiparesia izquierda de instauración brusca, hace 45 minutos. A su llegada a Urgencias, esta consciente y orientado. Glasgow 15 puntos. NIHSS 10 puntos. Se solicita tac perfusión cerebral y angiotac de troncos supra aórticos y polígonos de Willis, que informan de área extensa de penumbra en territorio de la arteria cerebral media derecha, con signos de oclusión en segmento M2. Ante estos hallazgos y la ausencia de contraindicaciones, se inicia a los 60 minutos, trombolisis con factor activador tisular del plasminógeno recombinante, previo consentimiento. A los 120 minutos, el paciente mejora neurológicamente. NIHSS 4 puntos. Se le realiza nuevo angiotac cerebral, que evidencia re permeabilización de segmento M2 proximal. A las 24 horas, el paciente no presenta sintomatología neurológica alguna. NIHSS 0 puntos. A las 48 horas, ingresa en planta de Neurología, con alta posterior a la semana, con revisiones periódicas en consultas externas, siendo todo ellas satisfactorias, al no presentar ningún tipo de secuela.

CONCLUSIONES:

El accidente cerebro vascular agudo, es un proceso frecuente, con una incidencia en España de 100 a 185 cada 100000 habitantes al año, siendo la primera causa de mortalidad en mujeres y la primera causa de invalidez en general, en nuestro país. Desde hace años, se ha ido revisando el llamado protocolo de manejo de los accidente cerebro vasculares en general, y del isquémico en particular basado en la activación de código ictus, con posibilidad de trombolisis antes de 4.5 horas, que se puede ampliar a las 6 horas si disponemos de tac de perfusión. Está demostrado que la efectividad del tratamiento es tiempo dependiente. El tac de perfusión nos muestra el área de penumbra recuperable y si el territorio en riesgo es menor de un tercio de la arteria cerebral media, y por tanto susceptible de trombolisis. En este caso, los tiempos de actuación fueron óptimos para la trombolisis, con remisión clínica exitosa.



CASOS CLÍNICOS

P-2046

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA
A NEUROTOXOPLASMOSIS

I Fernández Burgos, A Úbeda Iglesias, R Torcuato Barrera,
J García Cobo, A Fregosi

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: intracranial hypertension-Toxoplasmosis-HIV infections

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de una mujer de 39 años trasladada al Servicio de Urgencias por bajo nivel de conciencia, vómitos y fiebre. Presentó cefalea los días previos. En la exploración inicial: temperatura de 39.5°C, Glasgow 7/15 y rigidez de nuca con signos meníngeos. Se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva. TAC craneal con dilatación de ambos ventrículos laterales. Análiticamente se objetiva leucopenia con linfopenia de 490 células totales/mL. Se realiza punción lumbar con salida de líquido cefalorraquídeo (LCR) de aspecto claro, hiperproteinorraquia e hipogluco-rraquia, iniciándose antibioterapia empírica y medidas antiedema. El paciente es trasladado al centro de referencia con Neurocirugía, donde se colocó drenaje ventricular externo (DVE), con salida de LCR espeso. Problema con presiones intracraneales elevadas por repetida obstrucción del DVE, realizándose trépano y aspiración directa del LCR. En cultivo de LCR crece *Toxoplasma gondii* iniciándose tratamiento con pirimetamina-sulfadiazina. Posteriormente, la serología confirmó VIH positivo, desconocido previamente, iniciándose terapia antirretroviral (TAR). En TAC craneal de control aparecen áreas focales de baja atenuación en ganglios basales, relacionadas con cerebritis por *Toxoplasma*. La paciente permaneció 10 días con ventilación mecánica, sin progreso respiratorio por bajo nivel de conciencia y evolución tórpida. Finalmente fallece tras 28 días en UCI.

CONCLUSIONES:

La neurotoxoplasmosis es la infección del sistema nervioso central más frecuente en pacientes con VIH sin tratamiento, más probable cuando con linfocitos CD4+ menores de 100 células/mL. Suele debutar con cefalea, fiebre y trastornos conductuales, destacando en LCR hiperproteinorraquia y pleocitosis mononuclear. En TAC craneal suelen objetivarse múltiples lesiones que captan en anillo y edema, con predilección por ganglios basales. El diagnóstico diferencial incluye linfoma, infección micobacteriana y absceso cerebral. El manejo terapéutico incluye la pirimetamina-sulfaniacida, estando indicado el inicio de la terapia antirretroviral (TAR). La identificación del cuadro clínico sugerente de aumento de presión intracraneal agilizó el diagnóstico y tratamiento en este caso. Igualmente, la paciente fue diagnosticada de VIH-SIDA a raíz de la aparición de esta enfermedad oportunista, obligando a considerar este diagnóstico diferencial ante presentaciones clínicas y hallazgos radiológicos similares en pacientes linfopénicos sin VIH conocido o no tratado.

P-2047

MONTAR EN BICI ME DA DOLOR DE CABEZA

AL Martín-Sonseca Rodríguez, G Jiménez Díaz, B Martínez Villena,
C Briega Iglesias, MA López López, V Heras Fernández,
G Esteban Gutiérrez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

PALABRAS CLAVE: cefalea-disección carotídea-trauma craneal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC. No consumo de tóxicos. H. Pylori con tratamiento erradicador hace 5 años. Úlcera gástrica hace 2 años. No tratamiento habitual. Vida activa. **ENFERMEDAD ACTUAL** Varón de 40 años que acude a Urgencias por cefalea de 5 días de evolución de poca intensidad localizada en región orbitaria izquierda e irradiación a región fronto-temporal del mismo lado, con mejoría relativa con analgesia habitual. La cefalea no se relaciona con ningún desencadenante. Enrojecimiento del ojo izquierdo y pérdida transitoria de agudeza visual sin pérdida de visión completa de 20 minutos de duración. No náuseas, vómitos ni otra focalidad. No fiebre. **EXPLORACION FISICA** Exploración neurológica: presencia de ptosis palpebral izquierda con pupila ipsilateral miótica pero reactiva. Resto de la exploración neurológica y general, normal. **EVOLUCIÓN DEL CASO** Se realiza TC craneal en Urgencias, sin hallazgos significativos. Se remite a consultas de Neurología el día posterior. En la anamnesis dirigida de dicha consulta comenta caída de bicicleta sobre lado izquierdo, sin TCE, el día anterior al inicio de los síntomas con movimiento cervical brusco contralateral. Desde Neurología se solicita AngioTC de TSA objetivándose la presencia de disección de arteria carótida interna izquierda atribuida a traumatismo. Ingres en la Unidad de Ictus para inicio de antiagregación (clopidogrel) y vigilancia de síntomas, con buena evolución posterior. Se completa estudio con Angio RM y Eco Doppler de TSA, descartándose presencia de isquemia y confirmandose diagnóstico inicial. Estudio analítico, incluidas serologías, normal. Pasa a planta desde Unidad de Ictus y es dado de alta, asintomático, con antiagregación y revisión en consultas de Neurología.

CONCLUSIONES:

- La cefalea es un síntoma frecuente en Urgencias (1-3%) - El 90% son agudizaciones de cefaleas primarias - Es fundamental una buena anamnesis para distinguir si se trata de una cefalea debida a un proceso secundario. - La disección traumática de la arteria carótida interna por traumatismo cerrado es una entidad rara e infradiagnosticada, y su incidencia es del 0,08-0,4% entre los pacientes que presentan lesiones traumáticas. - La presentación clínica tardía es típica, incluyendo cefalea, hemiparesia, síndrome de Horner y parálisis de nervios craneales. - La embolización secundaria a la disección puede provocar ictus isquémico con resultados que pueden ser fatales.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2048

TOS Y HEMOPTISIS COMO SÍNTOMAS GUÍA DE ÚLCERA
PENETRANTE EN AORTA DESCENDENTE

R Torcuato Barrera, A Úbeda Iglesias, A Fregosi, I Fernández Burgos,
J García Cobo

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: aortic diseases-cough-echocardiography, transesophageal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 58 años, exfumador, hipertenso, diabético, dislipémico y con antecedentes de cirrosis hepática de origen enólico. Acude al servicio de Urgencias por tos de dos días de evolución y esputos hemoptoicos en las últimas 24 horas. La exploración física es anodina: presión arterial (PA) es 130/55 mmHg, ritmo sinusal a 76 latidos/minuto, temperatura 36.7°C y SatO₂ 97%. Analítica: hemograma y función renal normales, destacando un INR 1.27, glucosa 158 mg/dL y transaminasas ligeramente elevadas. Horas después presenta un nuevo episodio de hemoptisis acompañado de cuadro sincopal con compromiso hemodinámico (PA 60/30 mmHg) y respiratorio, requiriendo intubación orotraqueal y maniobras de reanimación. Tras estabilización hemodinámica se procede a realizar TAC torácico con contraste que mostró una aorta de calibre normal con ateromatosis calcificada y aumento de densidad focal paraaórtica izquierda. En la parte inicial de la porción descendente se objetiva una imagen sugerente de hematoma paraaórtico. Se realiza una ecocardiografía transesofágica donde se observa una aorta ascendente levemente dilatada con luz íntegra, sin imágenes de disección. A nivel de la aorta descendente se aprecia una estructura paraaórtica posterior con calcificación de pared de 5 x 2.5 cm de diámetro con aspecto de trombo y discreto flujo arterial, compatible con úlcera penetrante trombosada. Ante los hallazgos, se contacta con el Servicio de Cirugía Vascular de referencia donde se interviene realizándose tratamiento endovascular con colocación de endoprótesis con buen resultado y evolución clínica posterior.

CONCLUSIONES:

La úlcera penetrante de aorta se suele manifestar como dolor torácico, con su amplio diagnóstico diferencial, requiriendo un análisis minucioso de sus características debido al elevado riesgo de progresión, con aparición de hematoma intramural, pseudoaneurisma o incluso disección de aorta, presentando una elevada mortalidad. En nuestro caso, la presentación clínica inicial de tos y hemoptisis con ausencia de dolor torácico o abdominal retrasaron el diagnóstico. A pesar de ello, ante la evolución clínica y las pruebas de imagen se estableció el diagnóstico etiológico y el tratamiento quirúrgico de manera precoz. El caso presentado constituye una causa muy infrecuente de hemoptisis, reflejando la dificultad a la que se enfrenta diariamente el clínico en los servicios de Urgencias.

P-2049

DIARREA QUIRÚRGICA

E Ríos Sagastizábal (1), B López Cañas (1), J Villalonga Musoles (1),
E Fuentes Miguel (1), C Milian Donet (1), P Aguilar Parra (2),
A Peiro Gómez (1)

(1) Hospital de Liria. Valencia. (2) Hospital Clínico

PALABRAS CLAVE: diarrea-fiebre-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 46 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, Histerectomía simple. En Noviembre del 2014 episodio de diarrea intermitente y fiebre para la que se suministró tratamiento antibiótico por aislarse *Campylobacter* (según refiere la paciente). Consulta por clínica de 4 días de evolución caracterizada por deposiciones diarreicas con restos mucosos y hemáticos ocasionales, acompañado de dolor abdominal difuso, apirética, niega vómitos. Tanto la exploración física y las pruebas complementarias: analítica de sangre (no leucocitosis, no anemia, no deshidratación), radiografía de abdomen fueron normales, por lo que se decide tratamiento sintomático para gastroenteritis, se dan medidas de alarma y se remite a domicilio. Por persistencia de los síntomas durante las siguientes 24 horas, empeoramiento de la clínica consulta en hospital privado, donde relata cuadro de 12 días de evolución de diarrea, dolor abdominal, astenia, malestar general, con fiebre asociada (37,4° C), se realizan pruebas complementarias: Analítica de sangre (anemia, hipopotasemia y reactantes de fase aguda alterados, no leucocitosis). Ecografía abdominal: Mínimo engrosamiento de la pared del sigma, sin evidenciar líquido libre ni colecciones. TAC abdominal: Sigmoiditis/colitis de probable etiología infecciosa. Colonoscopia: Pancolitis ulcerosa grave. Anatomía patológica: Colitis ulcerosa severa. Con los resultados se llega al diagnóstico de PANCOLITIS ULCEROSA GRAVE, se inicia tratamiento con corticoides con buena respuesta, por petición de la paciente se traslada a hospital público donde se realiza COLECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR RECTOCOLITIS ULCEROSA + MEGACOLON TÓXICO.

CONCLUSIONES:

Si bien es cierto, la diarrea como síntoma está presente en muchas patologías, en el caso de la colitis ulcerosa es el síntoma característico, acompañado de sangre, pero no es patognomónico. Por lo general los pacientes no acuden a las consultas de atención primaria, por lo que el diagnóstico se hace pasado varias semanas o incluso meses de la aparición del primer episodio, su instauración es lenta, aunque en algunas ocasiones puede ser aguda simulando una colitis infecciosa (lo que sucedió con la paciente del caso clínico). Una anamnesis rigurosa, así como una visita oportuna al médico de atención primaria son necesarias para un diagnóstico integral y evitar complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2050

HEMATOMA CERVICAL TRAS ESFUERZO

R Rodríguez Herrero, M Solís López, L Rivera García, N Rincón Valero, M Casanueva Gutiérrez, E Prado Fernández, N Quirós Caso

Hospital de Cabueñes. Gijón

PALABRAS CLAVE: hematoma-epidural-Brown-Sequard syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 82 años, independiente para las actividades de la vida diaria, vive sola. Antecedentes personales: HTA. DL. ACxFA paroxística. Cardiopatía hipertensiva. Bronquiectasias. Asma bronquial. Ca colon intervenido, alta. Temblor esencial. Poliartrosis. Hipotiroidismo. Sigue tratamiento con Acenocumarol, Atorvastatina, Candesartan. Loracepam. Bisoprolol. Paracetamol. Omeprazol. Gabapentina. Furosemida. Digoxina. Tiotropio. Levotiroxina. Acude a nuestro Servicio de Urgencias tras notar de forma brusca, realizando un movimiento de extensión cervical y miembros superiores, un dolor cervical súbito e intenso con debilidad en el brazo derecho. En la exploración física destaca una hemihipoestesia izquierda y un reflejo cutáneo plantar extensor derecho (RCPED). Pruebas complementarias hemograma y bioquímica sin hallazgos. INR 2.73. Rx importantes signos de degeneración articular a nivel cervical. Valorada por Neurología, realiza estudio neurosonológico normal. Valorada por Traumatología, importante cervicoartrosis. Progresivamente evoluciona hasta presentar hemiparesia derecha de predominio distal (proximal 4/5 artefactado por dolor y distal 3/5) con RCPED e hipopalestesia. Hemihipoestesia dolorosa braquicrural izquierda. Ante la sospecha de mielopatía cervical (síndrome Brown-Sequard) se realiza RM. Colección extradural en espacio epidural, de localización posterolateral derecha a nivel C3-C5 que ejerce efecto de masa comprimiendo la médula y desplazándola hacia la izquierda, la cual presenta signos de mielopatía compresiva a nivel de C3-C4. Importantes cambios degenerativos en columna cervical, osteofitos en todos los cuerpos vertebrales. Severa discoartrosis de C3 a C7, dos hernias discales a nivel C3-C4 y C6-C7 que producen estenosis del canal raquídeo. Se diagnostica de colección epidural cervical que se identifica como sangre, se revierte acenocumarol y es intervenida por Neurocirugía. Tras tratamiento rehabilitador durante 2 meses por tetraparesia ASIA-D C5 y síndrome de Brown-Sequard de predominio motor derecho y sensitivo hemicuerpo izquierdo se consigue independencia para las transferencias en medio adaptado, andador en domicilio y silla de ruedas fuera de domicilio, conserva deseo miccional y defecatorio, con buen vaciado vesical.

CONCLUSIONES:

A pesar de que el Acenocumarol es un anticoagulante muy común, con un beneficio demostrado y del que tenemos un amplio conocimiento, no está exento de complicaciones hemorrágicas e interacciones farmacológicas. Además, gran parte de los pacientes son de avanzada edad y es en ellos donde estas complicaciones son más frecuentes.

P-2051

DISECCIÓN CAROTÍDEA RECIDIVANTE

M Solís López, R Rodríguez Herrero, B Pérez Deago, P Cuesta Rodríguez, E Prado Fernández, MA Moreda Suárez, MJ Fernández Vázquez

Hospital de Cabueñes. Gijón

PALABRAS CLAVE: dissection-carotid-Horner syndrome

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Acude al Servicio de Urgencias una paciente de 39 años que nota, al mirarse en el espejo, ligera caída del párpado superior izquierdo y pupila homolateral pequeña. No dolor facial ni edema. Cuadro cataral desde hacía 10 días. Como antecedentes destaca un síndrome de Horner derecho secundario a disección carotídea el año anterior (anisocoria con miosis derecha habitual). A tratamiento con AAS 100/24h desde entonces. Exploración física: Miosis bilateral y ptosis leve izquierda. Mínima inyección conjuntival bilateral. ACP Normal. No soplos carotídeos. Hemograma y Bioquímica normales. Rx tórax sin hallazgos patológicos AngioTC craneal y TSA. Reducción de calibre inferior al 50% de carótida interna izquierda a nivel cervical distal al bulbo carotídeo volviendo a su calibre normal a la altura del inicio del canal carotídeo con imagen hiperintensa en este segmento de aspecto circular y en semiluna compatible con disección carotídea. No estenosis carótida interna derecha. Sistema vértebrobasilar simétrico, sin segmentos estenóticos. Arteria basilar sin alteraciones. No alteraciones infra y supratentoriales. Diagnóstico: Disección espontánea de arteria carótida interna cervical izquierda. Síndrome Horner izquierdo.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Claude-Bernard Horner se debe a la lesión de los nervios simpáticos de la cara. Se caracteriza por miosis, anhidrosis y ptosis leve del párpado superior (afectación de las fibras que inervan al músculo de Müller), en el lado afecto. En ocasiones es expresión de seria patología de base que debemos descartar. Es importante la localización de la lesión en la vía óculo-simpática desde el hipotálamo hasta el ojo. Así, localización de la lesión: 1-Central. Tronco cerebral (tumores, vascular, desmielinizante), Médula espinal (siringomielia, tumores, malformaciones arteriovenosas, infarto). 2-Preganglionar. Tumor mediastínico, Neuroblastoma, Pancoast, Aneurisma y disección carotídea, lesiones cervicales (traumatismo, postquirúrgico, costilla cervical, iatrogena) 3-Postganglionar. Tumores nasofaríngeos, linfoma, arteritis, masa seno cavernoso. Un síndrome de Horner agudo acompañado de dolor cervical o facial obliga a descartar una disección carotídea. La etiología de la disección carotídea no está clara en la mayoría de las ocasiones. Suele ocurrir en pacientes jóvenes. El riesgo de recurrencia es del 2% el primer mes, el 1% al año. Estos pacientes están en riesgo de infarto cerebral o isquemia ocular. El tratamiento es conservador. Faltan estudios que avalen el tratamiento anticoagulante.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2052

CAVERNOMA FRONTAL: NO ES UNA CEFALEA MÁS

ME Méndez Infiesta, MI Rodríguez Rodríguez, BM Martínez Mengual,
MJ Amador Tejón, A Municio Heras, JR Hevia González

Hospital Universitario San Agustín

PALABRAS CLAVE: cavernoma-cefalea-comportamiento

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 32 años sin antecedentes de interés, valorado inicialmente en su centro de salud por cefalea frontal, dolor a la palpación de nivel de senos paranasales y exploración neurológica normal. Tratado como sinusopatía con amoxicilina-clavulanico y desketoprofeno. A las 48 h acude a urgencias hospitalaria por cefalea persistente y sensación de mareo asociado, lo refiere en el contexto de una situación de estrés, sin cambios en la exploración neurológica. Tratado nuevamente con analgésicos por cefalea tensional. A los 8 días realiza nueva consulta en urgencias, indicando persistencia de cefalea, frontal y periorbitaria dcha, con sensación de mareo, a lo que su familia añade trastornos del comportamiento con cambios de carácter y hábitos. La exploración neurológica se mantiene en límites normales pero ante la sospecha de cefalea secundaria se realiza tomografía axial computerizada craneal sin contraste, que muestra una tumoración en ventrículo lateral dcho, con probable sangrado intratumoral, que por localización y edad es sugestivo de neurocitoma. El paciente es trasladado a neurocirugía del hospital de referencia, donde se completan estudios. La resonancia magnética nuclear (RMN), demuestra una lesión compatible con cavernoma frontal dcho con signos de sangrado subagudo, obstrucción del agujero de Monro y dilatación del ventrículo lateral homolateral. El paciente es tratado quirúrgicamente con exéresis completa sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

El cavernoma cerebral es una malformación infrecuente del sistema nervioso central con una prevalencia del 0.4% de la población general. De localización supratentorial en un 80%, estos tumores producen clínica por el sangrado, siendo los síntomas más frecuentes las convulsiones, ictus, síntomas neurológicos focales y cefalea, todo ello en función de la localización de la lesión. La prueba diagnóstica es la RMN, por su alta sensibilidad. La cefalea representa hasta el 4.5% de todas las visitas a un Servicio de Urgencias, siendo primarias el 90-95%. El 5-10% restante son las potencialmente graves que no se debería obviar. Debemos estar alerta ante los criterios de alarma de una cefalea. Ante una cefalea de inicio reciente, progresiva o con cambios de comportamiento, debemos descartar una cefalea secundaria.

P-2053

¿QUÉ ESCONDE UNA LLAMADA A EMERGENCIAS POR UNA PACIENTE POSEÍDA?

LJ Arce Segura (1), G Peña y Lillo Echeverría (2), Y López Albarrán (2), P Tranche Álvarez-Cagigas (2), D Palacios Martínez (3), E Arce Segura (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor. SUMMA 112. Madrid. (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. (3) Centro de Salud Sector III. Dirección Asistencial Sur. Madrid. (4) Servicio de Alergología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

PALABRAS CLAVE: accidente cerebrovascular-agitación psicomotora-paresia

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer, 40 años. Natural de Guinea Ecuatorial. No antecedentes relevantes, no tratamiento. Avisan de madrugada por agitación. Los acompañantes refieren que la paciente está gritando, encerrada en el baño de un bar, creen que está ?poseída?. Se había caído, sin clínica previa. Refería haber tomado 1 cerveza, negaba otros tóxicos. A nuestra llegada, empotrada entre las paredes y puerta del baño en decúbito lateral izquierdo, consciente, somnolienta. Refiere omalgia izquierda, sin pérdida de fuerza a ningún nivel. No cefalea, síncope ni otra clínica. Se precisa de bomberos para extracción. Exploración física: Obesidad. Tensión arterial (TA) 160/110. Frecuencia cardíaca, temperatura y saturación oxígeno normales. Fétor enólico. Bradipsíquica, bradilálica, Glasgow 14/15, no otra focalidad neurológica. Cabeza/cuello, auscultación cardiopulmonar, abdomen, extremidades/locomotor, normales. Electrocardiograma y glucemia normales. No respuesta a flumazenilo y naloxona. Diagnóstico diferencial: Intoxicación (farmacológica/drogas) Alteración metabólica Ictus (isquémico/hemorrágico) Meningitis/encefalitis Psicosis Crisis comicial/trastorno conversivo Se traslada a Urgencias para completar estudio. Análítica sanguínea normal, tóxicos negativos. Tomografía computerizada craneal (TC): hematoma intraparenquimatoso derecho (talámico y ganglios basales) con extensión a ventrículos. Empeora situación clínica, con mayor agitación (precisa midazolam para control), Glasgow 12/15 y desarrollo de hemiparesia izquierda progresiva. Diagnóstico: hematoma intraparenquimatoso derecho con extensión a ventrículos, probable origen hipertensivo. Ingresa en neurocirugía, precisando colocación de dos drenajes ventriculares externos con salida de líquido hemático. Postoperatorio satisfactorio, hemiparesia izquierda residual, en tratamiento rehabilitador. Buena evolución hasta el momento.

CONCLUSIONES:

En ocasiones, supone un reto aproximarse al diagnóstico en un entorno como el descrito. La presentación era poco típica (mínima elevación de TA en paciente agitada sin factores de riesgo conocidos). La hemorragia intracerebral puede ser primaria o secundaria. La primaria suele aparecer en hipertensos, siendo factores de riesgo la



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

hipertensión, el tabaco y el alcohol. Es característica la presentación abrupta y rápidamente progresiva con cefalea intensa, disminución precoz del nivel de consciencia/coma, focalidad neurológica, náuseas/vómitos y aumento de TA. La localización más habitual es el putamen. La TC es la técnica de neuroimagen de elección. El tratamiento inicial consiste en estabilización hemodinámica y prevención/tratamiento de las complicaciones (especialmente la hipertensión intracraneal). El tratamiento neuroquirúrgico es de elección en caso de hidrocefalia.

P-2054

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE EN PACIENTES
INMUNODEPRIMIDOS

M Vida Pérez, C Moreno Herrera, C Bajo Fernández

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PALABRAS CLAVE: virus JC-leucoencefalopatía-inmunosupresión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Ingresa en nuestro servicio de urgencias un paciente de 27 años, con antecedente médico de inmunodeficiencia congénita de IgA con alteración Stat1 GOF, e ingresos previos por infecciones respiratorias, colonización crónica de P.Auriginosa y hepatitis autoinmune. En esta ocasión acude por clínica de lentitud psicomotora, que le impide realizar su actividad laboral desde hace una semana aproximadamente. Se realiza analítica con resultados dentro de la normalidad. TAC craneal con la siguiente descripción, hipodensidad subcortical de la sustancia blanca de la región parieto-occipital bilateral, frontal derecha y convexidad derecha. Durante su ingreso se realiza, RNM craneal: hiperintensidad en FLAIR y DP en sustancia blanca subcortical de ambos hemisferios cerebrales. Lesión hiperintensa en tálamo derecho. LCR con genoma del virus JC positivo por PCR(Reacción en cadena de la polimerasa). Se realiza diagnóstico de Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en paciente con inmunodeficiencia primaria conocida.

CONCLUSIONES:

LMP es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central poco frecuente, causada por la reactivación del virus JC en individuos con inmunidad celular comprometida. La mayoría de las personas portan el poliovirus JC (a menudo se llama virus JC o simplemente VJC), pero este suele ser inocuo excepto para las personas que tienen un sistema inmunológico comprometido. El diagnóstico se basa en los síntomas, los antecedentes, las imágenes de la resonancia magnética nuclear y la realización de análisis en el líquido cefalorraquídeo mediante la técnica del PCR para detectar la presencia de ADN del virus JC. La evolución es en general mala, la supervivencia tras el diagnóstico oscila entre 3 y 9 meses. No existe tratamiento específico para la LMP. En los pacientes con SIDA, la enfermedad puede estabilizarse o incluso revertirse parcialmente con la administración de la terapia antirretroviral contra el VIH, y el consiguiente restablecimiento del sistema inmune.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2055

ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO DEBUT DE DIVERTICULITIS

A López Sánchez, F Rico Rodríguez, J Pedraza García,
P Lara Cachinero, MA Aguayo López, M Ruiz Ojeda

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

PALABRAS CLAVE: diverticulitis-disnea-enfisema subcutáneo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 80 años remitida por su médico de familia por disnea y taquipnea sin fiebre ni recorte de diuresis ni otra sintomatología acompañante. Como antecedentes personales la paciente está intervenida de artroplastia de cadera izquierda, es hipertensa, Asmática y padece osteoporosis. A la exploración taquipneica con regular estado general con hipoventilación en ambos hemitórax a la auscultación y disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. Dolor a la palpación de fosa renal izquierda. Úlcera sacra profunda con bordes necróticos sin datos de sobreinfección. Resto de la exploración normal. En las pruebas complementarias se visualiza un enfisema subcutáneo en la radiografía de tórax y abdomen a nivel de pared abdominal y torácica izquierda junto con atelectasia en base pulmonar izquierda. Valorada por Cirujano general descarta que el enfisema subcutáneo sea secundario a la úlcera sacra por lo que se realiza TAC abdomen determinando que el retroneumoperitoneo izquierdo con colección heterogénea es por rotura de divertículo en colon descendente y propagación hacia la pared abdominal bilateral (enfisema subcutáneo) y torácica izquierda, además de neumomediastino.

CONCLUSIONES:

Siempre debemos tener en cuenta todos los signos (enfisema subcutáneo) y síntomas además de los antecedentes personales y características de cada paciente y no sólo dejarnos llevar por el síntoma guía, en este caso la disnea, porque como en este caso la diverticulitis puede tener una presentación atípica.

P-2056

DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA: ¿SIEMPRE APENDICITIS?

M Cuadrado Fernández, I Fernández Marín, A Carlavilla Martínez,
T Vázquez Rodríguez, E Muro Fernández de Pinedo, A García Marín,
L Yubero Salgado

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-angioedemas hereditarios-abdomen agudo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 21 años, con antecedente de angioedema hereditario, que acude a Urgencias por dolor abdominal. El paciente refiere haber comenzado 2 días antes con estreñimiento, acudiendo a Urgencias por presentar dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha de 6 horas de evolución, asociado a náuseas, vómitos y sensación distérmica. Niega episodios previos similares. A su llegada a Urgencias el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con temperatura de 37 °C, y en exploración física destaca abdomen blando, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y en hipogastrio, con Blumberg dudoso y sin peritonismo. Se realiza analítica con hemograma con 19200 leucocitos con 89% neutrófilos, y bioquímica sin alteraciones. Dada la clínica y la analítica se solicita ecografía abdominal que muestra apéndice de calibre normal, destacando hallazgo de gran trayecto de íleon no terminal de pared engrosada con extensión hasta yeyuno distal, asociado a gran cantidad de líquido libre en pelvis, así como pequeña cantidad de líquido perihepático, periesplénico, en gotera paracólica derecha y en espacio de Morrison. Con sospecha de brote de angioedema hereditario, se completa estudio con TAC abdominal, confirmando la presencia de líquido libre en las localizaciones descritas en la ecografía, con engrosamiento e hiperrealce de tramo largo de íleon y de yeyuno distal y marcada hiperdensidad de la grasa mesentérica, sin objetivar neumoperitoneo ni signos de obstrucción. Ante los hallazgos descritos, se inicia tratamiento de soporte y se administra dosis de Icatibant con clara mejoría sintomática. A las 24 horas se repite analítica que resulta normal, así como ecografía que muestra desaparición de la práctica totalidad del líquido libre con clara mejoría del edema intestinal, siendo el paciente dado de alta con el diagnóstico de brote de angioedema con afectación abdominal.

CONCLUSIONES:

El angioedema hereditario es una enfermedad poco frecuente caracterizada por brotes de angioedema que afectan a vía aérea, piel y tracto gastrointestinal. Hasta el 25% de los pacientes experimentan brotes abdominales, siendo importante tanto el diagnóstico diferencial con otras patologías potencialmente quirúrgicas, como en reconocimiento del brote para evitar cirugías innecesarias. El tratamiento específico es rápidamente eficaz y ayuda a la confirmación del diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2059

NO TODO SON FARINGITIS EN EL DOLOR DE CUELLO

R Gómez Guerra (1), M Gil Mosquera (2), J Del Cañizo Canto (1)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

(2) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: tiroiditis-odinofagia-de Quervain**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 45 años con antecedentes médicos de esófago de Barret en seguimiento por Digestivo, y quirúrgico de amigdalectomía previa. Acude al servicio de urgencias por dolor cervical, odinofagia, tos seca de predominio nocturno y febrícula de 10 días de evolución sin otra sintomatología de vía aérea superior o inferior ni clínica digestiva. Habiendo sido valorado por su médico de atención primaria con pauta de Amox/Clav. 875/125 mg durante una semana. Refiere empeoramiento progresivo por lo que es valorado nuevamente. A la exploración, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, destaca a nivel de cuello dolor intenso del lado derecho, con aumento de tamaño probablemente a expensas de la glándula tiroidea. No adenopatías, hiperemia faríngea sin exudados. Discreta asimetría del velo del paladar blando con prominencia del lado derecho, pero sin claro abombamiento ni eritema. El resto de la exploración sin hallazgos. Ante la sospecha de patología tiroidea inflamatoria se solicita analítica completa con TSH y hormonas periféricas. Destacando en hemograma: leucocitosis de 11380 con neutrófilos 8900 y elevación de reactantes de fase aguda PCR 117.8, TSH de 0.01, T3 6.3 y T4 2.48, estableciéndose como diagnóstico más probable el de tiroiditis subaguda de De Quervain (TSdDQ).

CONCLUSIONES:

No siempre la odinofagia esta en relación con patología faríngea, aunque si puede estar estrechamente relacionado. La TSdDQ o tiroiditis subaguda granulomatosa se caracteriza por dolor cervical, bocio y un estado tiroideo que en los primeros días cursa con hipertiroidismo seguido de una fase de hipotiroidismo de hasta 6 u 8 semanas para acabar en un estado eutiroideo, produciendo clínica típica en función de la situación tiroidea. Se asume su etiología a infecciones víricas de vía respiratoria superior: Coxackie, parotiditis, sarampión, adenovirus, etc, si bien parece haber un componente inmunológico asociado a HLA-B35.

P-2060

DÉFICIT NEUROLÓGICO EN PACIENTE JOVEN

CM Escarbajal Frutos (1), T Gil Pérez (2), I Cerrillo García (3), MD Martínez Rocamora (4), EM De los Reyes García Bermúdez (5), I Pérez Valero (2), MA Lozano Gomariz (6)

(1) Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) C. S. Mariano Yago. Yecla, Murcia.

(3) SUAP Torres de Cotillas. Murcia. (4) SUAP Yecla. Murcia. (5) SUAP San Andrés. Murcia. (6) C. S. Francisco Palao. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: stroke-deficit focal neurologic-diabetes complications**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 45 años. Mareo de semanas de evolución y pérdida de sensibilidad en hemicuerpo derecho. Antecedentes personales: Diabético tipo II desde los 39 años. No Hipertenso ni dislipémico. No consumo de tóxicos. No cirugías previas. Tratamiento crónico: Novomix 30 flexpen 30-15-15. Metformina 850 mg 1-0-1. Refiere mareo de tipo rotatorio, acompañado de síntomas vegetativos con vómitos y malestar general. Posteriormente, pérdida de sensibilidad en hemicuerpo derecho de inicio en mano derecha, propagándose con rapidez a brazo y pierna ipsilateral. No alteración del lenguaje. Afebril. Sin clínica infecciosa en días previos. Exploración neurológica: Hipoestesia tactoalgésica subjetiva en brazo y pierna derechas (no en la cara) conservando discriminación tacto y dolor y refiriendo menor capacidad de discriminación a diferentes temperaturas. Discreta inestabilidad en tándem. Resto normal. TAC craneal es urgencias: normal. En urgencias se le trató con AAS 300 mg con diagnóstico de hemisíndrome sensitivo derecho. RM cerebral: hallazgos sugestivos de infarto isquémico bulbar izquierdo de evolución subaguda. Diagnóstico final: Ictus Isquémico bulbar izquierdo.

CONCLUSIONES:

Accidente Cerebrovascular (ACV): es la aparición repentina de un déficit neurológico encefálico, focal, causado por una enfermedad vascular. En el mismo sentido se utiliza el término ictus cerebral (de ictus, golpe) por su similitud con el inglés stroke. El ACV engloba infarto cerebral y hemorragia intraparenquimatosa. Es la enfermedad neurológica más frecuente con una incidencia de 200 casos/100.000 habitantes. Representa la primera causa de invalidez y la tercera de fallecimiento. Es esencial conocer el inicio de los síntomas. La diabetes es un factor de riesgo para sufrir ataque cerebrovascular y predice la severidad de la enfermedad. Los pacientes que sufren un infarto presentan signos y síntomas de un territorio vascular concreto. Los que sufren una hemorragia parenquimatosa tiene más tendencia a sufrir un deterioro del estado de conciencia. Sin embargo para su diagnóstico siempre se precisa un TAC craneal ya que la clínica no es lo suficientemente específica para diferenciarlos. Las causas de ACV en adultos jóvenes son muy diversas y estos pacientes habitualmente requieren estudios de diagnóstico más minuciosos. Bibliografía. Jiménez Murillo, Luis, Montero Pérez, F. J.(2014). 5º Edición. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.



CASOS CLÍNICOS

P-2061

DIABÉTICO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ACUDE A URGENCIAS POR MAL CONTROL GLUCÉMICO

D Diz González (1), M Rodríguez Casimiro (2)

(1) Hospital Comarcal de Antequera. Málaga.

(2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: neoplasm-pancreas-diabetes

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 73 años, HTA, DM2 diagnosticada hace 1 mes y FA, acude a urgencias por mal control glucémico, asociado a dolor epigástrico postprandial irradiado a ambos hipocondrios e hiporexia sin clara pérdida de peso. No náuseas ni vómitos, no fiebre, ni otra clínica de interés. Exploración anodina. Objetivo: Identificar signos de alarma en un paciente con aparente clínica banal. Tras acudir a urgencias, se solicitaron varias pruebas complementarias: Analítica de sangre (AS), analítica de orina (AO), gasometría venosa (GV), radiografía (Rx) de Tórax y de Abdomen permaneciendo en observación unas horas por tendencia a hipotensión y posterior ingreso en planta de Medicina Interna (MI) con sospecha diagnóstica de infiltrados pulmonares bilaterales a estudio, a descartar patología tumoral Vs a patología infecciosa o inflamatoria. Resultados en urgencias: AS: Leucos (N 65,70%), hematíes 4,85, Hemoglobina 14,40, Hematocrito 42,80%, plaquetas 231,00. Hemostasia: INR 1,84. Bioquímica: Glucosa 273, creatinina 1,56, sodio 132, Bilirrubina Total 0,80, GPT 32, Lipasa 145, PCR 0,73. GV: pH 7,32, pCO₂ 44, lactato 35,0. AO: anodina. Rx Tórax: Cardiomegalia e infiltrado mixto bilateral de predominio bibasal. Rx Abdomen: Heces en marco colónico. En planta: antigenuria Legionella y pneumococo(-), cultivo de esputo (-), tinción Ziehl-Neelsen (-), antígeno CA 19.9 592,3 U/ml, TAC de Tórax y Abdomen: Múltiples nódulos bilaterales diseminativos en parénquima pulmonar. Nódulo hipodenso en cuerpo pancreático que engloba a arteria esplénica. Adenopatías locales. Resto sin interés. Biopsia de pulmón: Proliferación neoplásica de patrón glandular.

CONCLUSIONES:

Adenocarcinoma bien diferenciado compatible con origen pancreático y metástasis pulmonares. Generalmente, se desconoce la causa del cáncer de páncreas, pero entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollarlo, encontramos: edad > 45 años y sexo masculino. La diabetes se considera que aumenta el riesgo si lleva presente durante muchos años lo que no fue el caso de nuestro paciente. Según la American Cancer Society, desarrollar diabetes repentinamente en la adultez, puede ser un síntoma temprano de cáncer de páncreas. Sin embargo, no todas las personas con diabetes o que desarrollan diabetes como adultos presentan cáncer de páncreas.

P-2062

CUADRO CONSTITUCIONAL EN PACIENTE CON CLÍNICA DORSOLUMBAR

D Diz González (1), M Rodríguez Casimiro (2)

(1) Hospital Comarcal de Antequera. Málaga.

(2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: pancreas-neoplasm-pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 53 años, fumador de 20 cigarrillos/día, dislipemia, hiperuricemia y fractura vertebral lumbar hace años, acude a urgencias por dolor lumbar irradiado a región interescapular que aumenta de intensidad con la inspiración profunda y con la tos, en ocasiones reflejado a hipocondrio derecho y epigastrio con eructos frecuentes y pérdida de peso, de 2 meses de evolución. A la exploración, dolor a palpación profunda en hipocondrio derecho. En urgencias se solicitaron: electrocardiograma, analítica de sangre (AS), analítica de orina (AO) y una radiografía (Rx) de columna, tórax y abdomen con resultados anodinos. Así, al persistir la clínica pese a analgesia, se solicitaron una Eco de abdomen y TAC ingresándose en Medicina Interna para completar estudio. Posterior ingreso al mes y medio con mala evolución y éxitus. Resultados en urgencias: AS: Leucos 13,40 (N 64,80%), hematíes 3,90, Hb 11,50, Hematocrito 35,20%, VCM 90,40, plaquetas 328,00. Hemostasia: FD 709,0, resto normal. Bioquímica: Glucosa 95, creatinina 0,85, Sodio 137, potasio 4,7, Bilirrubina Total 0,30, LDH 530, GPT 35, Lipasa 111. AO: Normal. Rx Tórax: Refuerzo broncovascular. Rx abdomen: anodina. Rx columna: acúñamiento vértebra dorsal. TAC con contraste Tórax-Abdominal: Adenopatía paratraqueal, nódulos pulmonares, engrosamiento intersticial subpleural configurando áreas en vidrio deslustrado, LOEs hepáticas, masa en cola de páncreas. En planta: Marcadores tumorales (Antígeno Cárcinoembrionario, CA 19.9) elevados. Punción aspiración de hígado con aguja fina guiada por ecografía y con aguja gruesa (PAG) sin evidencia de lesiones neoplásicas, PAG guiada por TAC con idéntico resultado, PET/TAC: Lesión en cola del páncreas sugestiva de tumor primario, adenopatías, nódulos peritoneales pélvicos, metástasis hepáticas y pulmonares.

CONCLUSIONES:

Neoplasia de cola de páncreas con metástasis hepáticas y pulmonares. El cáncer de páncreas sólo representa el 2,1% de todos los tumores según la AECC, pero su incidencia va aumentando progresivamente. Es difícil diagnosticarlo temprano por su poca sintomatología en estadios iniciales (American Cancer Society). Ninguna asociación importante, recomienda pruebas de detección rutinaria en personas en riesgo, ya que ninguna prueba ha demostrado reducir el riesgo de morir a causa del mismo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2063

ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR INFRADIAGNOSTICADA

ML Aguayo Ocaña, J Beteta Moya, AF Perea Fernández,
P Palomares Bayo

Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: hemorragia intracerebral lobar-anciano-RMN eco-gradiente

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer, 74 años, antecedentes personales: DM tipo 2 en tratamiento con Metformina 850 mg. Ingresa en nuestro servicio en Noviembre/2016 por presentar cuadro agudo de imposibilidad para hablar y dificultad en la comprensión. Destaca a la exploración: afasia global de predominio motor (comprende alguna orden sencilla), hemianopsia homónima derecha, hemiplejía derecha y Babinski derecho. Estabilidad hemodinámica (TA: 130/75 mmHg). En TAC Craneal urgente se aprecia: Hematoma Lobar parieto-occipital izquierdo espontáneo (5x3x5 cm) con edema perilesional, efecto masa y herniación subfalciana (5 mm). Se desestima tratamiento quirúrgico, ingresando la paciente en el Servicio de Neurología. En control de neuroimagen se objetiva hematoma subagudo y tras evolución favorable es alta, presentando hemiplejía derecha residual y deterioro cognitivo secundario. En Febrero/2017 acude nuevamente a nuestro centro por cuadro agudo de vómitos y cefalea intensa tras episodio brusco de tos. TAC Craneal: Hemorragia intraparenquimatosa parieto-occipital izquierda, alcanza región subcortical, imagen sugerente de hematoma subdural en evolución en convexidad fronto-parietal izquierda así como Hemorragia Subaracnoidea en surco frontal superior izquierdo. La paciente ingresa de nuevo en el Servicio de Neurología, completándose estudio con RMN Cerebral: alteración de señal focal parieto-occipital izquierda, con imágenes en probable relación con hemosiderosis y ausencia de señal en eco-gradiente en relación con restos hemorrágicos. Leucoencefalopatía de predominio subcortical y periventricular. Ante dichos hallazgos y presencia de episodios recurrentes de hemorragias lobares sin evidencia de una causa obvia, se establece como diagnóstico probable: Angiopatia Amiloide Cerebral (AAC).

CONCLUSIONES:

La AAC, aunque usualmente es asintomática, es una causa importante de hemorragia primaria intracerebral lobar en el anciano. Se debe al depósito de sustancia amiloide en la media y adventicia de vasos de mediano y pequeño calibre del cerebro, causando en estadios severos, ruptura de la pared con hemorragia resultante. Su incidencia está fuertemente influenciada por la edad, siendo más frecuente en sujetos de más de 65 años. Debe sospecharse clínicamente en todo paciente mayor de 60 años, con múltiples hemorragias lobares en ausencia de una causa obvia. Con RMN y eco-gradiente puede hacerse su diagnóstico probable durante la vida, buscando presencia de dos

o más hemorragias restringidas a aquellas regiones típicas de AAC: córtex, región córtico-subcortical o a nivel lobar. Aunque no existe un tratamiento efectivo para este proceso, pueden tomarse algunas medidas para prevenir hemorragias: control agresivo de la TA, evitar fármacos antiagregantes y anticoagulantes, pareciendo razonable un tratamiento anticonvulsivo empírico, particularmente si el paciente está en riesgo de broncoaspiración.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2064

DEBUT INSULINOMA

**M Martín Álvarez (1), J Hernández Moratalla (2),
C Navarro Torres (3), M Fuentes Jiménez (4)**

(1) Centro de Salud Plaza de Toros. Hospital Torrecárdenas. Almería. (2) C. S. Virgen del Mar/Hospital Torrecárdenas. Almería. (3) C. S. Nueva Andalucía/Hospital Torrecárdenas. Almería. (4) C. S. San Isidro/Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: hipoglucemia-desorientación-insulinoma

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 42 años acude a urgencias acompañado por sus familiares ya que desde hace unas horas notan un comportamiento fuera de lo normal, no tiene conversaciones ni comportamientos coherentes, está agitado. Su hermano lo describe como una persona de nivel educativo alto, clase social media-alta, soltero, nunca ha tenido conductas de riesgo ni problemas de salud. Al entrevistar al paciente niega encontrarse mal, solo ha aceptado ir al médico para despreocupar a su familia, niega consumo de tóxicos, en días previos se ha encontrado bien. Sin antecedentes de interés, no toma ningún tratamiento habitual. Funciones superiores: consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, lenguaje fluente pero pierde el hilo de la conversación, está inquieto e interrumpe la exploración múltiples veces. Exploración neurológica: pupilas normoreactivas, no nistagmus, pares craneales conservados, no alteración motora ni sensitiva, roomberg negativo, marcha en tandem normal. Auscultación: rítmico, no soplos, murmullo vesicular conservado Abdomen: anodino Electrocardiograma: ritmo sinusal a 95 lpm, eje normal, PR corto, QRS estrecho, no alteración de la repolarización Tensión arterial 125/65, T° 36.2, Frecuencia cardiaca 95, Glucemia 75 Se solicitó analítica, triage a tóxicos y TAC craneal que fueron normales. Se decidió alta a domicilio. Al día siguiente el paciente volvió, mientras impartía clase sus alumnos alertaron por comportamiento extraño. La exploración física fue nuevamente normal pero el paciente estaba sudoroso, taquicárdico con comportamiento agitado, conversación incoherente, se decidió repetir pruebas. Todo fue normal salvo: GLUCOSA 23!!! Rápidamente se puso tratamiento con glucosa al que respondió correctamente, finalmente fue diagnosticado de insulinoma por endocrinología.

CONCLUSIONES:

Toda la clínica fue causada por crisis hipoglucémicas, pero en el insulinoma hay una regulación anormal de la producción de insulina que provoca grandes variaciones en la glucemia lo que justifica que la primera medida fue normales. Casi todos los pacientes con insulinoma tienen síntomas de hipoglucemia neurológicos (visión borrosa, confusión, convulsión..) y adrenérgicos (temblor, hambre, sudoración..). La Triada de Whipple nos ayuda al diagnóstico: 1) síntomas hipoglucémicos, 2) DTT <50-55 3) el alivio de estos síntomas con glucosa. Insulinoma es el tumor de células de los islotes pancreáticos más común pero es poco frecuente.

P-2067

¡QUÉ SUEÑO!

**Z S R (1), E Cobo García (1), E Peraita Fernández (1),
B Sáinz Santos (2), C Fernández Pereda (3),
PN Aguilera Samaniego (2), N Ovalle González (1)**

(1) Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.
(2) Hospital Sierrallana. Cantabria. (3) SVS

PALABRAS CLAVE: rhombencephalon-encephalitis-herpesviridae infections

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 24 años sin antecedentes personales de interés, no consumo de tóxicos, no alergias conocidas. Tras levantarse presenta cuadro de cansancio generalizado y mareo inespecífico, encontrándolo su hermano dormido, con dificultad para despertarlo, por lo que acuden a urgencias. Refiere el paciente cefalea holoraneal leve, no fiebre ni otros síntomas. Exploración y pruebas complementarias: Somnoliento (se queda adormilado durante la exploración y hay que estimularle para que despierte), bradipsíquico, inatento. Pupilas mióticas. Dificultad en el seguimiento ocular, con desconjugación de la mirada en algún momento. Nistagmo vertical en la mirada hacia arriba. Resto de exploración normal. Hemograma: 13.600 leucocitos (12.200 segmentados). Tóxicos en orina negativos, TAC- AngioTAC craneal y RMN cerebral normales, serologías negativas, inmunología normal. LCR normal, constatándose en microbiología de LCR positividad para Herpes Simplex 1 y 2. Juicio clínico: Rombencefalitis Herpética.

CONCLUSIONES:

Las Rombencefalitis son enfermedades inflamatorias que afectan al tronco cerebral y al cerebelo. Se presentan con síntomas constitucionales asociados a signos de disfunción del tronco cerebral. Puede haber afectación de los nervios oculomotores y pares craneales inferiores. De etiología fundamentalmente vírica, apareciendo de forma infrecuente en la infancia. En nuestro paciente, ante normalidad de pruebas complementarias realizadas se comienza tratamiento antibiótico empírico, decidiendo la suspensión del mismo y comienzo de tratamiento con aciclovir a pesar de RMN normal ante la positividad de Virus Herpes Simplex, con buena respuesta clínica, permaneciendo asintomático al alta.



CASOS CLÍNICOS

P-2068

MIELITIS AGUDA SECUNDARIA A VIRUS DE EPSTEIN-BARR

Z Soneira Rodríguez (1), E Cobo García (1), E Peraita Fernández (1),
B Sáinz Santos (2), C Fernández Pereda (3),
PN Aguilera Samaniego (2), N Ovalle González (1)

1) Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.
2) Hospital Sierrallana. Cantabria. (3) SVS

PALABRAS CLAVE: myelitis-infectious mononucleosis-Epstein-Barr virus infections

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 18 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por incapacidad para orinar y dolor hipogástrico, siendo diagnosticada de RAO y dada de alta con sondaje vesical. En las siguientes 12 horas, presenta sensación de adormecimiento y debilidad en ambas EII(extremidades inferiores), llegando incluso a ser incapaz de deambular de forma autónoma, por lo que acude nuevamente al servicio de urgencias objetivándose paraparesia severa. En la semana anterior a dicho cuadro, presentó odinofagia, fiebre y malestar general, tratada con Amoxicilina por su Médico de Familia. Exploración Física y Pruebas Complementarias: Afebril, TA: 130/75, FC: 84 lpm, SatO₂: 99%. Presencia de adenopatías laterocervicales llamativas. Hipertrofia amigdalina con exudado pultáceo bilateral. ACP: Anodina. NRL: Consciente y orientada en las 3 esferas. Lenguaje normal, sin disartria. Pares craneales normales. Fuerza 5/5 en extremidades superiores. Paraparesia con balance muscular proximal y distal asimétrico. ROT (+++) tanto en Extremidades superiores como inferiores. Nivel sensitivo T6-T7. Signos meníngeos negativos. Bioquímica: ALT 140 U/L, Gamma-GT 148 U/L, Fosfatasa alcalina 142 U/L, Proteína C reactiva 1.1 mg/dL, AST 49 U/L, LDH 333 U/L, CK 19 U/L. Hemograma: Leucocitos 9.0 10e3/μL, Hemoglobina 13.1 g/dL, Plaquetas 207 10e3/μL, Segmentados 41.4%, Linfocitos 45.6%. Paul-Bunnell: POSITIVO. LCR: Bioquímica: Gluc: 48, Proteínas, 146, 60 leucos (100% MN). Bandas oligoclonales negativas. Microbiología (suero): Epstein-Barr virus IgM Positivo Epstein-Barr virus IgG Positivo. RMN Columna: Mielitis cervicodorsal.

CONCLUSIONES:

El virus de Epstein-Barr (EBV) es el agente primario de la mononucleosis infecciosa, pudiendo asociarse a grandes síndromes neurológicos como manifestación primaria: Sd Guillain-Barré, mielitis transversa, etc. Clínicamente aparece disfunción motora, sensitiva y autonómica, con nivel sensitivo claro y síntomas bilaterales. La asociación entre la mielitis y el virus no siempre es clara. En algunos casos, estos pueden representar una mielitis transversa postinfecciosa. En otros, una prueba positiva de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el LCR sugiere que la mielitis está directamente relacionada con la infección viral. La paciente fue tratada con Aciclovir y corticoides sistémicos con mejoría progresiva, encontrándose prácticamente asintomática en la actualidad.

P-2069

MIELOMA MÚLTIPLE Y SUS MÚLTIPLES COMPLICACIONES

MJ Durán Gallego (1), N Leco Gil (1), G Delgado Cárdenas (1),
C Cela Alcaraz (2), S Fernández Fernández (1)

(1) Hospital de Fuenlabrada. Madrid.
(2) Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia

PALABRAS CLAVE: mieloma múltiple-trombopenia-hematoma

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 66 años, con antecedentes personales de HTA, Dislipemia, enfermedad ateromatosa sin repercusión hemodinámica, hemorragia bulbar espontánea y epistaxis de repetición, diagnosticado recientemente de Mieloma Múltiple IgG lambda, R-ISS II con insuficiencia renal aguda secundaria a mieloma, anemia y trombopenia secundarias a enfermedad de base. Ingresa en urgencias por masa cervical de aparición brusca tras un acceso de tos, asociando además odinofagia y disfagia. A su llegada a Urgencias el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con inestabilización progresiva, con tendencia a la hipotensión y taquicardia. Se realiza analítica urgente donde se objetiva un descenso de hemoglobina respecto a analítica previa y una trombopenia severa (Hb 7 mg/dL, plaquetas 8000/mm³). Se realiza TC de cuello urgente tras administración de contraste iv, donde se observa una gran colección probablemente hemática, que afecta a espacio retrofaríngeo y parafaríngeo bilateral, espacio visceral y mediastino. En el espacio visceral del cuello, paratraqueal derecho, superior y medial a LTD, se observa una zona de mayor atenuación que podría corresponder a sangrado agudo. Ante estos hallazgos nos ponemos en contacto con Cirugía vascular y Otorrinolaringólogo de guardia, éste último realiza una fibroscopia al paciente donde se objetiva un cavum con hematoma que recorre pared posterior faríngea con abombamiento de paredes faríngeas, mayor izquierda, que contacta con borde superolateral de epiglotis. Ante todos estos hallazgos, se procede a intervención quirúrgica urgente, con realización de traqueotomía y cervicotomía exploradora, con drenaje del hematoma, sin observar sangrado agudo durante la exploración. El paciente presenta buena evolución con retirada de traqueotomía y cierre de la misma 6 días después de la intervención.

CONCLUSIONES:

- El mieloma múltiple es el segundo cáncer hematológico más común (10-15% de todos).
- Es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación neoplásica de un clon de células plasmáticas que produce una proteína monoclonal.
- Las complicaciones más frecuentes son: afectación ósea (destrucción del esqueleto por invasión ósea), anemia, trombopenia e insuficiencia renal.
- Se considera que con cifras de plaquetas entre 20.000-50.000/mm³, existe alto riesgo de sangrado espontáneo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2070

¿CUIDADO CON LA GASTROENTERITIS AGUDA
EN PACIENTES DIABÉTICOS!

F Santamarina Carvajal, V Fuentes García, M Cano Martínez

Urgencias Hospitalarias

PALABRAS CLAVE: metformin-lactic acidosis-diabetes mellitus

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

• ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hiperlipemia, en tratamiento actual con enalapril, metformina y simvastatina. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. • ANAMNESIS: Varón de 50 años que acude a urgencias por un episodio de 5 días de evolución de diarrea con 5 deposiciones al día, dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos con intolerancia a los líquidos. Continuó tomando su medicación habitual. Ante la persistencia del cuadro, asociado a astenia intensa y oligoanuria acudió a este servicio. • EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general, consciente, orientado, sequedad de mucosas. Tensión arterial 100/60 mmHg, FC: 120lpm, saturación de oxígeno: 97%. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos, con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma generalizado, con ruidos hidroaéreos aumentados y sin signos de peritonismo. • PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: • ANALÍTICA: Discreta leucocitosis. Glucosa: 40 mg/dl, Urea: 200mg/dl, Cr: 9 mg/dl Sodio: 140 mEq/L Potasio: 6.8 mEq/L • ORINA: Excreción fraccionada de sodio en orina del 43,62%, que confirmaron una insuficiencia renal prerrenal. • GASOMETRIA VENOSA: Acidosis metabólica con pH 7, bicarbonato 5,3 mmol/l, pCO₂ 24,5 mmHg, exceso de base, 25,9 mmol/l, y anión gap calculado aumentado 41,7. Lactato 15,40 mmol/L • ECG: Ritmo sinusal a 110lpm, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización • RADIOGRAFÍA TÓRAX Y ABDOMEN: Sin alteraciones. • DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Otras causas de acidosis láctica (sepsis, insuficiencia respiratoria, etc) • JUICIO CLÍNICO: Gastroenteritis aguda complicada con insuficiencia renal y acidosis láctica secundaria a la toma de metformina. • EVOLUCIÓN: Ingresó en la unidad de cuidados intensivos, se realizó tratamiento con una sesión de 3 horas de hemodiálisis, tras la cual se consiguió mejoría clínico-analítica.

DISCUSIÓN:

Es muy importante tener en cuenta la acidosis láctica en pacientes tratados con metformina que sufren cuadros de depleción de volumen o se someten a procedimientos invasivos que pueden dar lugar a una insuficiencia renal, dada la gravedad del cuadro y su alta mortalidad.

P-2074

TÓXICOS O PSICOSIS, AGITACIÓN EN URGENCIAS,
¿ALGUIEN DA MÁS?

F Rico Rodríguez, D Camargo Espitia, A López Sánchez

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: psychomotor agitation-fever-encephalitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 78 años que acude a urgencias, traída por familiares, por cuadro de fiebre, agitación y desorientación temporo-espacial de 24 horas de evolución. Antecedentes de alergia a codeína, artritis reumatoide, herpes zoster en trigémino y pancitopenia en estudio. Toma omeprazol y calcio, y ciprofloxacino desde hace 2 días por infección urinaria. Independiente. EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general, piel seca con mala perfusión periférica. Tensión 90/52 mmHg, FC 85 lpm, FR 14rpm, temperatura 38°C, saturación basal 95%. Glasgow 9/15, dudosa rigidez de nuca, con fluctuación del nivel neurológico con agitación psicomotriz y estupor. Auscultación con roncus y sibilancias espiratorias. Resto normal. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica urgente con neutrofilia sin leucocitosis, creatinina 1'8 mg/dl y PCR 231 mg/L, resto normal. Radiografía de tórax sin condensaciones. Tac craneal sin hallazgos. Se realiza punción lumbar con líquido de aspecto claro y análisis con 12 células con predominio mononuclear, glucosa y proteínas normales. Se mantiene aislamiento aéreo hasta obtención de resultados. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE URGENCIAS: El principal objetivo del diagnóstico diferencial es determinar si el paciente tiene una enfermedad del SNC, infecciosa (meningitis, encefalitis, absceso cerebral, empiema subdural) o no infecciosa (accidente cerebro vascular, hemorragia subaracnoidea, tumores), u otra patología orgánica o metabólica (síndrome confusional agudo,...). DIAGNÓSTICO FINAL: Agitación psicomotriz secundaria a encefalopatía séptica. EVOLUCIÓN: La paciente requirió inicialmente sedación e intubación orotraqueal. Se inició soporte vasoactivo con noradrenalina y dopamina, ante la nula respuesta a fluidoterapia. Se pautó tratamiento empírico ante sospecha de infección del SNC (linezolid, ceftriaxona, ampicilina y aciclovir). Tras evolución favorable, se retiró sedación con Glasgow 15, mejoró la función respiratoria permitiendo extubación y se retiró soporte vasoactivo. Resultado de cultivo de líquido cefalorraquídeo y tinción Gram negativos y PCR para VHS positiva.

CONCLUSIONES:

La presencia de fiebre y alteración de la conciencia es una emergencia médica por la potencial gravedad de las enfermedades causantes. Ante casos de pacientes con similar sintomatología no debemos dejarnos inundar por el caos de la sospecha diagnóstica, debemos mantener acciones terapéuticas y preventivas adecuadas, y evitar medidas innecesarias, como ocurrió en caso descrito, donde numerosos sanitarios realizaron quimioprofilaxis de una patología finalmente descartada.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2076

¿Y SI FUERA LA VACUNA?

E Muro Fernández de Pinedo, AP García Marín, LT Vázquez Rodríguez, C Rubio Chacón, M Cuadrado Fernández, I Fernández Marín, ML Castro Arias

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: tetraparesia-vacunación-polineuropatía axonal motora

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Vaón de 74 años, con antecedentes de adenocarcinoma de próstata gleason 7 en 2009. Acude a urgencias por un cuadro de 72 horas de evolución de debilidad progresiva bilateral de las 4 extremidades de predominio distal (se inicia con torpeza manipulativa). A su llegada a Urgencias se objetiva pérdida de fuerza de predominio distal en forma de tetraparesia mas marcada en hemicuerpo izquierdo, con afectación de la marcha, REM conservados y sin afectación de pares craneales. Se realiza analítica en la que destaca discreta elevación de CPK sin otras alteraciones analíticas (sin fiebre ni reactantes de fase aguda ni alteraciones hidroelectrolíticas). Se completa el estudio urgente mediante TC craneal que resulta anodino. Rehistorinado al paciente relata vacunación antigripal y antineumococica 10 días antes del inicio de la clínica sin clínica infecciosa en días previos. Ante la sospecha inicial de un Síndrome de Guillain Barre (pese a que conserva reflejos), se decide realización de punción lumbar urgente que no objetiva disociación albuminocitológica (0 células, citología negativa, microbiología sin germen). Se decide igualmente descartar causa compresiva o isquémica mediante la realización de RMN craneo cervical, que resulta normal. Se realizan igualmente serologías virales urgentes (resultados negativos), y determinación de PSA (ante una posible etiología paraneoplásica) que es normal. El paciente ingresa posteriormente en planta de Neurología para completar estudio progresando, en días posteriores, la clínica neurológica hasta presentar afectación proximal, produciéndose pérdida de reflejos posterior. Se completa estudio mediante electromiograma que confirma una polineuropatía axonal motora de intensidad severa, iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas IV, con discreta mejoría posterior requiriendo rehabilitación y traslado a un centro de cuidados sanitarios intermedios posterior.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Guillain Barre es un reto diagnóstico y terapéutico hoy en día. Presenta los criterios clásicos que pueden infradiagnosticar los casos atípicos (entre ellos las formas asimétrica, motora pura y con reflejos preservados). Existen casos descritos asociados a la vacunación antigripal, que en el caso de nuestro paciente parece ser el único antecedente relevante asociado. Es de vital importancia un diagnóstico precoz, con el fin de recibir un tratamiento y evitar en la medida de lo posible su progresión.

P-2078

EDEMA LINFÁTICO CERVICAL

I García Rupérez (1), B Tijero Rodríguez (1), M Moya de la Calle (1), J Álvarez Manzanares (1), R López Izquierdo (1), S Sánchez Ramón (1), C Sánchez Peinador (2)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Médico de Área Segovia

PALABRAS CLAVE: edema-linfático-masa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 69 años sin alergias. Antecedentes: DM2, HTA, Dislipemia, SAOS tratada con CPAP. Acude a Urgencias por tumoración supraclavicular izquierda y mareo inespecífico desde por la mañana. Molestias a la palpación. Niega clínica infecciosa y respiratoria, no absceso de tos. T°36.2°C, TA 139/86, FC 73 lpm, SatO2 97%. Consciente, orientada y colaboradora, buen estado general. Tumoración cervical y supraclavicular izquierda, no eritema ni calor, con leve crepitación y dolor a la palpación. No adenopatías cervicales ni axilares. Pulsos carotídeos sin soplos. ACP rítmico, murmullo vesicular conservado. Analítica: leucocitos 6300 (fórmula normal), Hb 12, plaquetas 296000. Coagulación, iones y función renal normal. PCR 1. Radiografía Tórax: normal. Ecografía partes blandas: lesión de los planos blandos de la región supraclavicular izquierda en probable relación con malformación vascular. Se solicita TAC cuello: colección de los planos blandos de la región supraclavicular, cervical posterior y pectoral anterior izquierda de origen inflamatorio con mediastinitis aguda asociada. Sugiere descartar perforación a nivel de unión faringoesofágica-esófago superior. Se descarta perforación esofágica en TAC con contraste baritado. Se habla con C.Toracica que desestima tratamiento por su parte. Comenzando con tratamiento antibiótico con Clindamicina 600mg+Ceftriaxona 2gr+Cloxacilina 500mg iv e ingresa en Medicina Interna para continuar estudio. Se repite analítica sin parámetros de infección. Resonancia de cuello: evolución radiológica favorable de la afectación supraclavicular y laterocervical izquierda y de mediastino superior, planteando como primera posibilidad una linfangiectasia/edema linfático. La paciente durante el ingreso presentó buena evolución clínica, con desaparición progresiva de la tumoración, el dolor y eritema. Diagnóstico: tumoración aguda supraclavicular en probable relación con edema linfático.

CONCLUSIONES:

Dados los síntomas de la paciente y la ausencia de signos infecciosos/inflamatorios y la buena evolución clínica, los hallazgos podrían interpretarse como un edema linfático por escape o fisura de algunos de los vasos linfáticos de la zona, previo antecedente de la paciente de tratamiento facial con radiofrecuencia. Aunque es una entidad infrecuente, están descritos cuadros similares por extravasación de líquido linfático secundaria a rotura de algún vaso linfático y/o limitación de drenaje u obstrucción del segmento cervical del conducto torácico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2079

VÉRTIGO REFRACTARIO A TRATAMIENTO

M Pedrosa Del Pino, M Serrano Baena, D Hernández Rodríguez

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: dizziness-nystagmus-ischemic stroke**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: Varón de 42 años. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas. Anamnesis: Acude al Servicio de Urgencia por presentar sensación de mareos con giro de objetos de inicio brusco, tres horas antes de ser atendido, tras sonarse la nariz y que se acentúan con los movimientos de la cabeza. La clínica se acompaña de acúfenos, de náuseas con vómitos, de visión borrosa, de oscilopsia y de dolor localizado en región cervical, sin fiebre, ni otra semiología de interés. Exploración física: Constantes normales. Afebril. Alerta. Lenguaje normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Nistagmo horizontal en mirada a la derecha y vertical a la izquierda. Pares craneales normales. Fuerza y movilidad conservadas en todas las extremidades. Reflejos osteotendinosos simétricos. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. Marcha y equilibrio no explorados por encontrarse en camilla. Durante su estancia en el Área de Policlínica el paciente mejora muy levemente a pesar de la administración de Sulpirida, Dexclorfeniramina y Diazepam, motivo por el que se solicita TC de cráneo. Pruebas complementarias: Analítica de sangre, radiografía de tórax y ECG sin alteraciones. TC con contraste IV de cráneo: Lesiones hipodensas en ambos hemisferios cerebelosos (porción más superior del hemisferio cerebeloso izquierdo y porción más inferior del hemisferio cerebeloso derecho), las cuales no captan tras la administración de contraste, compatibles con lesiones isquémicas subagudas. Juicio clínico: Síndrome vertiginoso agudo en probable relación con ictus vertebro-basilar. Tratamiento y planes de actuación: Se cursa ingreso en el Servicio de Neurología para completar estudio con mejoría clínica progresiva presentando al alta como única focalidad hemianopsia homónima derecha.

CONCLUSIONES:

Este caso demuestra la importancia de realizar una historia clínica y exploración física completas, sin centrar toda nuestra atención en el motivo de consulta y prestando especial atención a la evolución de los pacientes en el Área de Urgencias tras el tratamiento administrado, ya que en este caso que nos ocupa se solicitaron pruebas de imagen adicionales debido a la refractariedad al tratamiento.

P-2080

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EN PACIENTE CON CÓLICOS RENALES DE REPETICIÓN

N García Montes, S Medina Muñoz, P Gallego Rodríguez,
J Barquín Yáñez, N Díaz García, P Alva García

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: síndrome aórtico agudo-cólico reno ureteral-infarto renal**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 52 años con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición y ansiedad en tratamiento. Presentó dolor lumbar izquierdo irradiado a genitales. Exploración física: Afebril. Abdomen normal con puño percusión renal izquierda positiva. Tensión: 96/68mm de Hg a 79 latidos. Analítica: Creatinina de 1,23, TFG de 61,79, LDH de 323, PCR de 7, Leucocitos 13600. Sedimento de orina normal. Radiografía abdomen: Sin litiasis. En urgencias se administró ketorolaco intravenoso remitiendo los síntomas. Se mantuvo en observación con sueroterapia y analítica control, donde destacó Creatinina de 1,69. Ante la sospecha de infarto renal (elevación de LDH y deterioro de la función renal) solicitamos ecografía donde se evidencia isquemia renal con líquido perirrenal por lo que se progresa a TAC. En TAC se objetivó disección aórtica aguda sin evidenciar origen, por lo que se progresó a TAC torácico, donde describieron disección desde origen de aorta hasta bifurcación de ilíacas sin signos de rotura. El paciente pasó a sala de emergencias. Se avisó a cirugía cardíaca ante disección aórtica tipo A. Se realizó intervención quirúrgica urgente que salva la vida del paciente. Diagnósticos diferenciales planteados: cólico renal. Infarto renal. Lumbalgia. Juicio clínico: Disección aórtica aguda desde su origen hasta la bifurcación ilíaca sin rotura con infarto renal izquierdo.

CONCLUSIONES:

Comentario final: El síndrome aórtico agudo es una emergencia médica vital debido a su alta mortalidad, por lo que requiere una actuación urgente y en muchos casos su presunción es compleja. Por todo lo anterior expuesto es un diagnóstico que deberíamos tener en cuenta.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2082

OJO CON LA EXPLORACIÓN

EN Gallego Castillo (1), J Cano García (1), MR Durán Chiappero (2), EM Espinola Coll (1), CA Yago Calderón (3)

(1) Centro de Salud Coín. Málaga. (2) Distrito Sanitario Málaga.
(3) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: subcutaneous enphysema-pneumoperitoneum-pancreatic carcinoma

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador. Adenocarcinoma de páncreas diagnosticado en 2014, en tratamiento quimioterápico paliativo hasta hace seis meses. En la actualidad carcinomatosis peritoneal. Tratamiento: dexketoprofeno 25 mg, bromazepam 1.5 mg, morfina 30 mg, dexametasona 4 mg, Metamizol 575 mg, omeprazol 20 mg, lorazepam 1 mg. Enfermedad actual: Varón de 53 años que avisa al Servicio de Urgencias extrahospitalarias por dolor brusco en brazo izquierdo que aumenta con los movimientos de 6 horas de evolución. No traumatismo previo. Estreñimiento de dos días de evolución. El paciente ha tomado morfina y metamizol sin mejoría del dolor. Exploración: Paciente pálido, sudoroso, regular estado general. Eupneico. Auscultación cardiorespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación en ambas bases pulmonares. Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, no peritonismo. Crepitación a la palpación parte superior izquierda de espalda hasta columna vertebral. Eritema periaxilar posterior. Hemograma: hemoglobina 14.3 g/dl, plaquetas 223.000, leucocitos 15.100, neutrófilos 14.000. Tiempo protrombina 51%. Bioquímica: glucosa 117 mg/dL, Creatinina 2, 27 mg/dL, filtración glomerular 32 mL/min, sodio 130 mEq/L, potasio 4.54 mEq/L, cloro 92 mEq/L, lipasa 120 U/L, Aspartato transaminasa 527 U/L, Alanina transaminasa 117 U/L, gamma glutamiltransferasa 451 U/L, fosfatasa alcalina 238 U/L, bilirrubina total 1,38 mg/dL, bilirrubina directa 0,70 mg/dL, proteína C reactiva 468 mg/L, pH 7,2, presión parcial CO₂ 29,5 mmHg, bicarbonato 12,7 mmol/L. Rx tórax: Índice cardiotorácico normal. No condensación pulmonar ni derrame pleural. A nivel subdiafragmático izquierdo imagen compatible con neumoperitoneo. Rx miembro superior izquierdo: gran enfisema subcutáneo desde brazo izquierdo hasta espalda y flanco izquierdo. JUICIO CLÍNICO: Enfisema subcutáneo secundario a perforación víscera hueca. Sepsis secundaria a perforación víscera hueca. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dolor osteomuscular, neumotórax, síndrome coronario agudo.

CONCLUSIONES:

Este caso nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de la exploración física en nuestra práctica clínica, no dejarnos llevar por la inercia diagnóstica y terapéutica. De no haber realizado una buena exploración, podríamos haber realizado un diagnóstico erróneo, que aunque desgraciadamente no hubiese alterado la evolución clínica del paciente (ya que éste falleció a las pocas horas de nuestra valoración) sí influyó en el tratamiento del dolor, administrando medidas de confort, realizando un tratamiento intensivo para paliar el sufrimiento de nuestro paciente.

P-2083

DOCTORA, NO PUEDO LLEGAR A CASA PORQUE NO VEO EL CAMINO

C Hernández Martínez, R López Valcárcel, D Rosillo Castro, MP Egea Campoy, D Fernández Garrido, VA Jiménez Garzón, E Carreño Aroca

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

PALABRAS CLAVE: hemorragias intracraneales-hipertensión-hemianopsia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia intracraneal constituye aproximadamente el 10-20% de los ictus. Su importancia radica en la alta mortalidad que presenta que oscila entre el 35 y el 52% en el primer mes tras la hemorragia. Su incidencia se estima en 15 casos/100.000 habitantes/año. El cuadro clínico dependerá de la localización de la hemorragia, de su tamaño y del flujo de sangrado. Las principales causas son hipertensión arterial (50-70%), angiopatía amiloide, malformaciones vasculares (4-8%), diátesis hemorrágicas, terapia anticoagulante, tratamiento con agentes trombolíticos (0.2-5%), antiagregantes plaquetarios, tumores cerebrales y fármacos simpaticomiméticos y vasculitis.

CASO CLÍNICO:

Varón de 67 años, no hipertenso ni diabético, intervenido de esplenectomía por posible esferocitosis y resección testicular. Consulta por cuadro de alteración visual consistente en diplopía y defectos en el campo visual. Refiere cifras tensionales altas, hemorragia subconjuntival y epistaxis de 5 días de evolución. A la exploración física destaca tensión arterial de 200/120 mmHg, exploración neurológica con Glasgow 15/15, pupilas isocóricas normorreactivas y hemianopsia temporal izquierda por confrontación. En la analítica solo se aprecia discreta leucocitosis. Es valorado por oftalmología quien descarta patología por su parte. Se indica TAC craneal urgente donde se objetiva hematoma lobar occipital derecho de 4.6x2x5.1 cm, se deriva a Hospital de referencia para valoración por Neurocirugía, quien indica AngioTAC siendo éste rigurosamente normal, descartándose tratamiento quirúrgico e iniciándose tratamiento antihipertensivo y corticoideo. Durante su estancia hospitalaria, se mantiene en excelente estado general siendo dado de alta con control en consultas externas. Diagnóstico: Hematoma lobar occipital derecho de probable origen hipertensivo.

CONCLUSIONES:

La causa subyacente más frecuente de hemorragia intracraneal es la hipertensión arterial. En este caso llama la atención que el paciente no era hipertenso conocido y debuto con unas cifras muy elevadas que provocaron varias complicaciones de la crisis hipertensiva como las epistaxis, las hemorragias subconjuntivales y la hemorragia intracraneal. El diagnóstico precoz y control de estas cifras son las primeras medidas para mejorar la morbi-mortalidad en estos casos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2084

PARACENTESIS. COMPLICACIONES AGUDAS

AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero, B Molto García,
M Liñán López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: paracentesis-hemoperitoneum-inferior epigastric artery

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: la paracentesis, en general, es una técnica segura con una tasa de complicaciones de sangrado menor del 1%. La punción accidental de la de rama inferior de la arteria epigástrica puede producir hematomas de la pared abdominal, pero es extraordinaria la complicación peritoneal o retroperitoneal como ocurre en el caso que nos ocupa. **ANAMNESIS:** Varón de 55 años con antecedentes de HTA y cirrosis hepática de origen enólico. Ingresa por debilidad y molestias abdominales 12 horas después de llevar a cabo una paracentesis evacuadora. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** mal estado general. Palidez cutánea. Ictericia conjuntival. Signos de hipoperfusión. TA: 66/43, Fc: 113, Tª: 36. Abdomen: globuloso con molestias difusas a la palpación sin signos de irritación peritoneal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hb: 9.2 (previa del día anterior: 13), Htco: 26, VCM: 100. Creat: 1.76 (previa normal), BT: 11 (previa 6.9). Coagulación: INR: 2.15, (previo 1.5). GSV: Ph: 7.26, PCO2: 41, ácido Láctico: 7.2. **Diagnóstico DIFERENCIAL:** La anemia aguda y antecedente reciente de una paracentesis evacuadora sugirió el Shock de probable origen hipovolemico secundario a sangrado intraabdominal como diagnóstico más probable. Otras causas más frecuentes de hipovolemia y anemia en el paciente cirrótico, como el sangrado digestivo, fueron consideradas menos probables ante la ausencia de datos clínicos a favor. **EVOLUCIÓN:** Preciso transfusión de hemoderivados y empleo de drogas vasoactivas por su situación de inestabilidad hemodinámica. El angio- TAC de abdomen confirmó el sangrado activo a nivel intraperitoneal. Finalmente requirió de embolización, por parte de radiología intervencionista, de la rama inferior de la arteria epigástrica, responsable del sangrado.

CONCLUSIONES:

La paracentesis abdominal está considerada una técnica segura y con pocas complicaciones y contraindicaciones. Los hematomas de la pared abdominal se presentan en <2% y hemorragia a cavidad peritoneal en menos de <1% de pacientes sometidos a esta técnica. Esta complicación normalmente se produce por atravesar con la punción una de las ramas de la arteria epigástrica inferior y tiene una mortalidad de <0,02%. Se considera contraindicación relativa un tiempo de protrombina < 40% y/o plaquetas < 40.000/?. El caso aquí presentado es un caso desafortunado que no debería afectar la decisión médica de realizar una paracentesis.

P-2087

UN DIAGNÓSTICO EN LAS ANTÍPODAS

IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez, MB Moltó García,
J Sánchez López, M Liñán López, J Roca Guiseris, F Rodríguez Simón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

PALABRAS CLAVE: leukemia, myeloid, chronic-phase-abdominal pain-appendicitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANAMNESIS: Varón de 18 años, sin antecedentes, ni alergias. Acude por dolor abdominal de 2 días de evolución difuso, náuseas con vómitos y dos deposiciones diarreicas sin fiebre. No consumo de huevos ni salsas recientemente. Sin síndrome miccional. Es un paciente australiano que refiere estar de viaje en solitario por Europa. **EXPLORACIÓN:** TA: 110/80 fc 100 tª 37,1 sat O2 99%. Regular estado general, mucosas algo pastosas, posición antiálgica. ACR: normal. ABD: doloroso de forma difusa algo más en FID, Blumberg positivo. PPR negativa. MMII: normales. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** HG: 257.100 leucocitos (89%PMN), Hb 11,3, plaquetas 1.031.000. BQ: normal, LDH 700 U/L, PCR 156mg/l, procalcitonina 1,54. Orina y coagulación normales. Rx tórax y abdomen normales. **EVOLUCIÓN:** Los hallazgos analíticos nos hicieron en sospechar una posible leucemia y la exploración física sugería un proceso apendicular agudo. En la escala de Alvarado nos encontramos puntuación de 7. El paciente estuvo en observación y se realizó TAC Abdominal: esplenomegalia homogénea sin lesiones focales con diámetro cráneo caudal de 23cm. Apendicitis perforada con peritonitis focal. Apendicolito en apéndice. Tras ser valorado por hematología y cirugía se intervino quirúrgicamente dado que la intercurencia de un proceso hematológico agudo no contraindicaba la operación. Durante el ingreso hospitalario se realizan como pruebas complementarias: PAMO: compatible con SMPC en fase crónica con eosinofilia moderada. Inmunofenotipo. Tras una evolución quirúrgica favorable se ingresó en hematología para realizar citorreducción con Hydrea. Al alta cifras de leucocitos 21340 (neutrófilos 9730), hb 10, plaquetas 22150000. Fue dado de alta con diagnóstico de apendicitis aguda y leucemia mieloide crónica Phi positiva en fase crónica, dando recomendaciones generales.

CONCLUSIONES:

La presentación conjunta de apendicitis y descubrimiento de LMC es rara, hemos encontrado sólo otros dos casos descritos. Ante la presencia de abdomen agudo en un paciente con sospecha de LMC se debería descartar además patología esplénica y vascular. La Escala de Alvarado estratifica mediante varios ítems la probabilidad de padecer AA. En nuestro paciente aunque la puntuación fue de 7 (debería ser intervenido), debido a los hallazgos analíticos se realizó prueba de imagen para filiar el proceso y descartar posibles complicaciones relacionadas con la patología hematológica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2088

DOLOR TORÁCICO EN EL PACIENTE JOVEN, ¿QUÉ HAY DETRÁS?

M García Rodríguez (1), S Suárez Piñera (2), B Vilaboy Arias (1),
M Rodríguez Ourens (1), C Cañal Suárez (1), E Prado Fernández (1),
N Rincón Valero (1)

(1) Hospital de Cabueñes. Gijón. (2) Centro de Salud Contrueces. Gijón

PALABRAS CLAVE: neumomediastino-enfisema subcutáneo-dolor torácico

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 20 años. Consulta en atención primaria (AP) por tumefacción en cuello y región supraclavicular izquierda con leve molestia. Exploración: crepitación y dolor a la palpación de la región supraclavicular izquierda. Se deriva a urgencias. A su llegada, eupneica sin trabajo respiratorio, exploración y analítica normales. Radiografía de tórax: enfisema subcutáneo. TAC torácico informado como: enfisema subcutáneo con extensión supraclavicular, laterocervical, espacios para y retrofaringeo, asociando neumomediastino. Mujer de 20 años. Antecedentes de asma bronquial, sin tratamiento desde hace 5 años. Consulta en AP por disnea no sibilante de reposo que no mejora con salbutamol. Se traslada al hospital para valoración. Taquipneica a su llegada. A la exploración: disminución de los ruidos respiratorios sin sibilancias. Resto normal. Analítica: Leucocitos con neutrofilia. Resto incluyendo D-dímero normal. Tras nebulización con salbutamol ligera mejoría transitoria, precisando nueva nebulización a las 4 horas. Pasa a la unidad de observación. Tras 24 horas persiste la sintomatología, solicitándose TAC de arterias pulmonares, informándose un pequeño neumomediastino, sin signos de TEP. Varón de 16 años. Transposición de grandes vasos con doble lesión pulmonar leve. Consulta por dolor centro torácico no irradiado. Exploración: soplo sistólico mitral, pulmonar y aórtico III/VI. Resto normal. Analítica incluyendo troponina normales. Rx Tórax: enfisema subcutáneo en cuello y hombro derecho, con aire paracardiaco izquierdo. TAC torácico, compatible con neumomediastino espontáneo. Varón de 27 años. Sin antecedentes patológicos. Acude a urgencias por dolor cervical, odinofagia y cambios en la voz de horas de evolución. Consumo de tóxicos en las horas previas. Exploración: crepitación en región supraclavicular y laterocervical izquierda, resto normal. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, resto normal. Rx torax: enfisema subcutáneo. TAC torácico: llamativo enfisema subcutáneo con extensión a nivel laterocervical, supraclavicular, espacio para y retrofaringeo con discreta extensión a axila derecha asociado a neumomediastino.

CONCLUSIONES:

Las manifestaciones más frecuentes del neumomediastino son: dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo. Es poco frecuente y suele ocurrir en jóvenes sin comorbilidad, con excepción del asma. Ante un paciente asmático con dolor torácico atípico habría que pensar en esta entidad tras descartar las causas más frecuentes.

P-2091

CELULITIS ORBITARIA DERECHA CON ABSCESOS CEREBRALES SECUNDARIOS

C Neyra Pérez, E Benites Díaz, D Castell Benito

Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. Madrid

PALABRAS CLAVE: celulitis orbitaria-abscesos cerebrales-craneotomía descompresiva

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 33 años que presento cuadro de celulitis orbitaria derecha con abscesos cerebrales secundarios (dos focos en región corticosubcortical frontobasal anterior) que requirieron tratamiento quirúrgico con craneotomía descompresiva. El paciente acudió a urgencias en febrero 2017 con la aparición de celulitis orbitaria derecha, que se trató con amoxiclavulánico oral y tobramicina tópica durante 7 días. Posteriormente reaccide por cefalea intensa retroocular con fotofobia, orientado como migraña se pauta analgésicos. En marzo acude a urgencias por fiebre de 40°C y disminución del nivel de conciencia. Se realiza TAC craneal evidenciándose lesiones descritas y se ingresa a UCI. Se realiza + VM, antibioticoterapia de amplio espectro y cirugía. Buena evolución posterior posterior con salida a planta de neurocirugía. Como complicaciones presento infección de herida postquirúrgica, colección subdural en convexidad parietal derecha con buena evolución posterior. Además presento pansinusitis derecha complicada con colección de pared medial de techo de órbita derecha con realización de drenaje quirúrgico con etmoidectomía ampliada. En hemocultivos y cultivo de absceso se aislo *Fusobacterium nucleatum*. Tras 1 mes y medio en planta el paciente es dado de alta sin focalidad neurológica ni disfunciones orgánicas.

CONCLUSIONES:

Celulitis orbitaria derecha con abscesos cerebrales secundarios que requirieron tratamiento quirúrgico con craneotomía descompresiva. Los abscesos cerebrales comúnmente ocurren cuando las bacterias u hongos infectan parte del cerebro. Como resultado, se presenta hinchazón e irritación (inflamación). Las células cerebrales infectadas, los glóbulos blancos, al igual que las bacterias u hongos vivos y muertos se acumulan en una zona del cerebro, lo que forma tejido alrededor de esta zona y crea una masa o un absceso. Los microorganismos que causan un absceso cerebral por lo regular llegan al cerebro a través de la sangre. O, entran al cerebro directamente, como puede ser durante una cirugía cerebral. En este caso se dió por contiguidad como complicación de una infección localizada a nivel orbitario.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2092

LIPOMATOSIS VERTEBRAL: EL PELIGRO DE MALINTERPRETAR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SIN ATENDER A LA HISTORIA CLÍNICA

FJ Rosa Úbeda, FA Márquez Serrano, S Postigo Cruz,
J Pedraza García, P Lara Cachinero, R Hidalgo Gil

Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

PALABRAS CLAVE: lipomatosis-vertebral-tumor benigno

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 49 años, fumadora, con antecedentes de síndrome depresivo, psoriasis y mioma uterino que consulta por dolor lumbar y abdominal en hipogastrio acompañado de metrorragia ocasional de varios meses de evolución, sin vómitos, síndrome constitucional ni alteración del tránsito intestinal en estudio por su médico. A la exploración destaca intenso dolor en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal pero con defensa muscular. Aporta analítica con elevación de CEA de 22.74 (normal 0-10) y ecografía abdominal con mioma subseroso de 10x8cm. Ante la ausencia de mejoría tras analgesia se realiza TC abdominal que ante los hallazgos encontrados se decide ampliar a torax-abdomen informado como lesiones óseas múltiples con áreas escleróticas y líticas en pelvis, costillas y columna dorso-lumbar, sospechándose enfermedad metastásica o mieloma múltiple. Tras descartarse abdomen agudo se procede a ingreso en Medicina Interna para completar estudio. Se realiza analítica con inmunoglobulinas, bioquímica con estudio de metabolismo fósforo-cálcico, marcadores tumorales, orina y perfil tiroideo sin alteraciones salvo CEA 19,88. La mamografía y ecografía de mama no presenta alteraciones. Se realiza ecografía tiroidea dónde se detectó nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo de 14mm con microcalcificaciones con PAAF negativa para malignidad. En RNM toracoabdominopélvica se ven lesiones óseas indeterminadas en columna dorsolumbar, que impresionan de densidad grasa, sin datos de malignidad, sugestivas de lesiones inflamatorias crónicas y un mioma mural de 8x8,9cm. La PET-TC de cuerpo entero presentaba captación por mioma uterino con actividad fisiológica o inflamatoria. Resto del estudio sin captaciones. Ante los hallazgos se diagnostica a la paciente de lipomatosis vertebral. Tras ser informada la paciente y su familia indican el diagnóstico de la misma patología en una hermana y sobrina.

CONCLUSIONES:

Las pruebas complementarias conllevan un valor preferencial en cuanto a la clínica y exploración física para el diagnóstico en los servicios de urgencias. Aquí tenemos un caso de una mujer joven donde las pruebas nos hacían sospechar una patología grave como es una enfermedad metastásica o mieloma, que tras ampliar el estudio resultaron todas ellas negativas para malignidad y dónde la clave para el caso se encontraba en la historia clínica y antecedentes familiares que no fueron indagados al inicio.

P-2093

MIGRAÑA CON AURA EN PACIENTE JOVEN

MMA Muñoz Ayuso (1), J Ruiz Casquet (2), A Carratalá Ballesta (3),
J Ferrández Rodríguez (3), A Montenegro Moure (3), R Navarro
Silvente (4), J Casado Buigues (5)

(1) Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. (2) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. (3) Hospital General Universitario de Alicante. (4) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. (5) Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: migraine-aura-amaurosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 19 años que acude a urgencias refiriendo sobre las 22:00 pm inicio de cefalea, unilateral en región fronto-parietal- periorbitaria izquierda, intensidad leve que describe con características punzantes, e intermitente, que no cursa con lagrimeo, rinorrea ni otra sintomatología asociada. Tras unos minutos del inicio de la cefalea, se da cuenta que no ve por hemisferio izdo, aunque no llega a comprobar si se trata de afectación monocular o binocular, y aparición de parestesias en extremidades izdas (sin afectación de tronco ni cara). No refiere palpitaciones ni fiebre. Niega ingesta de alcohol o tóxicos, aunque si reconoce falta de horas de sueño. No refiere estrés ni preocupaciones importantes. No refiere antecedentes personales ni familiares de migraña, aunque en ocasiones tiene cefalea poco frecuente, intensa, vespertina que en ocasiones le provoca vómitos. Fue valorado en Urg por oftalmología de guardia sin objetivar patología por su parte por lo que quedó ingresado a NRL. Exploración Física a su llegada a urgencias: Consciente Orientado BEG. NC y NH CyC: Ausencia de reflejo de amenaza en ojo izquierdo. ACP: Rítmico sin ruidos patológicos audibles. NRL: Glasgow 15. Pupilas no valorables tras estudio oftalmológico. MOEs conservados con resto de PC centrados y simétricos. No disimetrías ni disidiadococinesia. Campimetría por confrontación alterada en campo visión ojo izquierdo (ausente) Hipoestesia en hemisferio izquierdo, más marcada en miembro inferior izquierdo. F 5/5 en ES y EI derechas y 4/5 en ES y EI izquierda. Barany normal. REM Bicipitales rotulianos. Aquileos no obtengo y RCPI indiferente izquierdo y flexor derecho. Romberg normal. Test marcha normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica normal, TC Craneal: normal, ECG:RS a 60 lpm. BIRDDH sin alteraciones de la repolarización. Potenciales evocados visuales (en planta): normales. Doppler TSA (en planta): Normal, RM cerebral realizada (en planta): normal.

CONCLUSIONES:

Teniendo presente el diagnóstico diferencial de la Amaurosis fugaz, planteamos patologías posibles como Migraña con Aura, Esclerosis Múltiple, Ictus, Espasmos vasculares de retina o coroides Y Oclusión de A. carótidas o embolia desde A. carótidas. Tras estudio a fondo del paciente por parte del Servicio de Neurología se concluye como diagnóstico principal: Migraña con aura.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2094

MONONEUROPATÍA DEL TERCER PAR CRANEAL
EN PACIENTE DIABÉTICO

M Rojo Inieta, N Espina Rodríguez, E Rodríguez Conesa

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: mononeuropatía-diabetes mellitus-adenoma hipofisario

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 años de edad con antecedentes de diabetes tipo 2 en tratamiento con ADO, dislipemia y retinopatía diabética. Acude a Urgencias por dolor ocular y ptosis parpebral en ojo derecho, además de diplopía binocular. En la exploración física se objetiva parálisis incompleta del tercer par craneal derecho, ptosis derecha y parálisis de músculos inervados por nervio oculomotor (recto interno, superior e inferior). Resto de pares craneales y exploración neurológica sin alteraciones. Se realizan pruebas complementarias tales como analítica de sangre completa, radiografía de tórax y electrocardiograma sin alteraciones. Se realiza TAC de cráneo donde se objetiva lesión sólida expansiva en silla turca, con rotura del suelo y expansión hacia todo el seno esfenoidal. El paciente es ingresado en Neurología, donde se realiza resonancia magnética, objetivándose masa sólida que ocupa todo el seno esfenoidal y silla turca, contactando con el quiasma óptico, además el cuerpo de la glándula hipofisaria es de aspecto patológico. Los hallazgos plantean como primera posibilidad diagnóstica macroadenoma hipofisario con invasión del seno esfenoidal, mucocele vs carcinoma del seno esfenoidal o metástasis. El paciente es intervenido quirúrgicamente, se realiza hipofisectomía transesfenoidal sin incidencias y con buena evolución clínica. El diagnóstico final fue Adenoma hipofisario productor de gonadotrofinas.

CONCLUSIONES:

La mononeuropatía ocular diabética es una de las formas frecuentes de neuropatía en pacientes con diabetes que representa un reto desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Suele ir acompañado por neuropatía periférica y se debe a la isquemia de los vasos sanguíneos que irrigan el nervio. La presentación clásica de la parálisis del nervio motor ocular común en la diabetes es la de una diplopía de inicio agudo con ptosis, frecuentemente con reflejo pupilar respetado y presencia de dolor de cabeza ipsilateral. En este caso, a pesar de ser un paciente con mal control diabético, la causa de la mononeuropatía se debía al macroadenoma hipofisario.

P-2095

HEMORRAGIA SIN SANGRE

E Rodríguez Fuentes (1), E Asuar Jurado (2)

(1) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. (2) Centro Médico Asuar. Badajoz

PALABRAS CLAVE: hemorragia-cefalea-hipertensión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente, mujer de 45 años, que acude a SUH por presentar desde hace una semana cefalea intensa sin focalidad neurológica, coincidente con ello, cifras TA muy elevadas (TAS 210/TAD 120) en tratamiento por su Médico de Familia. Ante la normalidad de la exploración se opta por diagnosticar a la paciente de cefalea secundaria a HTA, iniciando tratamiento con Urapidilo iv, tras ello se consigue control de cifras tensionales, sin conseguir remisión de completa de la cefalea, por lo que solicitamos TC cráneo, que informa de ausencia de signos de sangrado así como de pequeño aneurisma trombosado. Tras analgesia iv la paciente mejora, siendo alta a CCEE de Neurocirugía. Durante la madrugada, la paciente acude por persistencia de clínica dolorosa así como cifras TA elevadas, pautamos analgesia y tras reevaluar a la paciente, no presenta sintomatología de origen central, se decide realizar Punción Lumbar, obteniéndose LCR hemático x3 sin aclarar, informando el laboratorio de Xantocromía, tras la PL, la paciente experimenta importante mejoría de la cefalea á así como de cifras tensionales (120/80) Tras el resultado de PL, contactamos con Neurocirugía que ingresa a la paciente, previo realización de nueva escáner, Angio TC, que confirma la presencia de lesión aneurismática pero también la ausencia de sangre de forma aguda, según ello comentamos el caso con Neurocirugía, que propone la posibilidad de sangrado agudo en la semana anterior, durante la cual la paciente ha presentado la cefalea y la sangre ha sido ?lavada? por LCR, junto con leve Hidrocefalia. Tras ingreso urgente, a las 48h se procedió por Radiología Intervencionista a la embolización del aneurisma, con alta posterior de la paciente.

CONCLUSIONES:

- Recalcar la importancia de la PL en pacientes con cefalea que no respondan a tratamiento habiéndose descartado mediante pruebas de imagen lesiones cerebrovasculares agudas.
- La normalidad de las pruebas complementarias no excluye un diagnóstico, si existe persistencia de la clínica.
- Conferir importancia a la exploración mediante Técnicas Instrumentales, relegadas muchas veces en favor de pruebas complementarias.
- Potenciar en los SUH la formación en Técnicas Instrumentales para mejor desarrollo de las mismas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2096

CEFALEA CON AFECTACIÓN OCULAR EN PACIENTE
MAYOR DE 50 AÑOS

JA López Bustelo (1), C Valladares Jiménez (2), AM Rivas Román (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

(2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

PALABRAS CLAVE: emergency department-non-traumatic headache-alarm criteria headaches**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: Las cefaleas no traumáticas suponen hasta un 4% de los motivos de consulta en Urgencias, de ellas, el 90% son primarias, y un 10% se deben a procesos estructurales o infecciones (cefaleas secundarias). **OBJETIVOS:** Repasar las indicaciones para la realización de TAC craneal en la valoración de la cefalea no traumática en Urgencias. **PACIENTE Y MÉTODO:** Varón de 57 años, en tratamiento con prednisona por posible polimialgia reumática, sin otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por presentar cefalea frontal y retroocular izquierda, progresiva, de 1 mes de evolución, añadiéndose diplopia y disminución de la agudeza visual bilateral en la última semana, y náuseas y vómitos desde hace 3 días. La exploración física evidencia parálisis de III par craneal y ptosis palpebral izquierdas, y déficit visual bitemporal. La bioquímica básica y hematimetría resultan normales, radiografías de tórax y de senos paranasales sin alteraciones. La TAC craneal muestra tumoración hipofisaria intra y supraselar de 25x16x25 milímetros, que erosiona clinoides posterior y comprime quiasma óptico, compatible con macroadenoma hipofisario. Tras ingreso, el estudio hormonal concluye lesión no funcionante y panhipopituitarismo, iniciándose tratamiento sustitutivo, la RNM muestra destrucción de la silla y región superior del clivus. Finalmente se programa cirugía. **RESULTADOS:** Macroadenoma hipofisario invasivo.

CONCLUSIONES:

En la valoración de la cefalea no traumática, la anamnesis y la exploración física pueden detectar la presencia de datos de alarma ante los que debe realizarse TAC craneal (inicio brusco, aparición tardía, aumento de intensidad con maniobras de Valsalva, empeoramiento progresivo, ausencia de mejoría con tratamiento, predominio nocturno, atipicidad respecto a episodios previos, focalidad neurológica, disminución del nivel de conciencia, agitación, datos de hipertensión intracraneal, o en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos). Los adenomas hipofisarios representan un 10-15% de las neoplasias intracraneales primarias. Los adenomas hipofisarios no funcionantes son los macroadenomas más frecuentes, aproximadamente el 78% se diagnostican entre los 20-60 años, siendo algo más frecuentes en varones, en el momento del diagnóstico, un 50-60% de los pacientes presenta cefalea, y un 50-60% presentarán alteraciones visuales.

P-2097

MÁS ALLÁ DE LA DISFAGIA NEURÓGENA EN EL PACIENTE
CON DEMENCIACL Val Jiménez (1), EM García Atienza (2), FJ Lucas Galán (2),
MA Galán Traba (1), FJ Lucas Imbernón (1), MS Navarro Ruiz (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario de Albacete.

(2) Centro de Salud Zona VIII Albacete

PALABRAS CLAVE: anciano-demencia-trastornos de deglución**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

- Motivo de consulta: Disfagia - Antecedentes personales: Hipertenso, fibrilación auricular permanente, enfermedad de Alzheimer. - Anamnesis: Varón de 76 años que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por odinofagia y disfagia a sólidos y líquidos desde hace una semana. Antecedente de traumatismo craneoencefálico en su domicilio tres días antes de comenzar con la clínica. Preciso puntos de sutura por su médico de Atención Primaria sin necesidad de derivación hospitalaria. - Exploración física: Regular estado general, somnoliento, taquipneico (FR 24 rpm), taquicárdico (FC 110 lpm), TA 130/93, afebril, normocoloreado, normohidratado. CyC: puntos de sutura en zona frontal con hematoma perilesional. Abundante mucosidad espesa a nivel de faringe posterior y sequedad de mucosas. AC: arritmico sin soplos. AP: roncus aislados en ambos hemitórax y crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, hernia umbilical no complicada. MMII: edemas ligeros hasta rodilla. Hematoma evolucionado en cara interna de pierna izquierda y maleolo interno. NRL: moviliza las 4 extremidades, sin focalidad aparente. Pruebas complementarias: Analítica: sin alteraciones significativas. Radiografía de tórax: cardiomegalia. - Interconsultas: Otorrinolaringología: sin hallazgos relevantes Medicina Interna: diagnosticado de disfagia neurógena.- Evolución: Alta con diagnóstico de disfagia neurógena. Tres días después su familia acude con el paciente por empeoramiento. Se realizó gastroscopia urgente objetivándose una formación redondeada que ocasionaba compresión extrínseca a nivel de la hipofaringe. Se solicitó TAC cervical que mostró fractura vertebral aguda de C7 y un aumento de partes blandas de probable origen hemático a nivel de hipofaringe. El paciente ingresó en el área de Medicina Interna con diagnóstico de disfagia mecánica secundaria a compresión esofágica extrínseca por lesión de partes blandas secundaria a fractura C7.

CONCLUSIONES:

La disfagia en el paciente anciano es un síntoma muy frecuente. Aunque entre las principales causas destacan las de origen neurológico (ictus, demencias, etc.), debemos recordar que la principal herramienta para lograr un diagnóstico es la historia clínica, apoyándose de pruebas complementarias. Tanto el antecedente de traumatismo reciente como la elección de la prueba complementaria idónea (en este caso la endoscopia), son fundamentales para llegar a un diagnóstico correcto y poder iniciar el tratamiento adecuado.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2098

BROTE AGUDO GRAVE DE LUPUS CON DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA

S González Caminero, N Campos Olivé, M Martínez Fort,
R Díaz Contreras, M García Zurita, P Sánchez López, M Serrano Gil

Hospital de Manises. Valencia

PALABRAS CLAVE: lupus eritematoso sistémico-insuficiencia multiorgánica-corticoesteroides

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 32 años que consulta en urgencias por cuadro de fiebre con infecciones repetitivas desde hacía dos meses: flemón tratado con varios antibióticos (amoxicilina, amoxicilina/clavulánico, claritromicina), amigdalitis pultácea con necesidad de nueva tanda de amoxicilina/clavulánico y otitis media supurada en tratamiento en la actualidad con levofloxacino oral y gotas óticas. Además refiere febrícula vespertina y dolor abdominal en seguimiento por clínica privada con esplenomegalia en ecografía. Antecedentes Personales: Trastorno bipolar en tratamiento con litio, lamotrigina y amisulpirida sin otras comorbilidades. Exploración física: anodina. Pruebas complementarias: - Analítica: pancitopenia (leucocitos 2170, Hb 9.1, plaquetas 85000) con insuficiencia renal (61/2,28) y ferritina 3209 (22-322) - Rx tórax: prominencia hilar que sugiere afectación adenopática. - Eco abdominal: esplenomegalia 13 cm y discreto líquido libre intraperitoneal. - Orina: proteinuria. Urocultivo negativo. - LCR: negativo. - Serología: negativa. - Hemocultivos: cocos gram + en racimos. - Ecocardio al ingreso: IM ligera por ligero prolapso velo posterior. - Frotis: Pancitopenia. No formas atípicas ni inmaduras. Aisladamente linfocitos aspecto estimulado. Anisopoiquilocitosis serie roja. - Aspirado medular: hiperplasia mieloide y refuerzo de la granulocitosis compatible con médula reactiva a proceso infeccioso. - PET-TAC: múltiples adenopatías hipermetabólicas en región laterocervical izquierda, retroperitoneales e inguinales, infiltrados nodulares pulmonares bilaterales débilmente metabólicos inespecíficos, derrame pleural bilateral y pericárdico, esplenomegalia. A los cuatro días del ingreso en MIN el paciente presenta empeoramiento clínico (Tª 38,4, TA 90/50, FC 100, FR 40, SO2 90% AA y crepitantes generalizados) por lo que se realiza TAC cráneo-toraco-abdominal informándose de: Ocupación prácticamente completa de ambas celdillas mastoideas y oído medio. Adenopatías probablemente reactivas axilares bilaterales y mediastínicas sin adenopatías de tamaño significativo abdominopélvicas u otros signos que apoyen el diagnóstico de síndrome linfoproliferativo. Signos que sugieren descompensación cardiogénica sin poder descartar sobreinfección sobreñadida pulmonar. Esplenomegalia con infartos esplénicos de pequeño tamaño.

CONCLUSIONES:

Dada situación pasa a cargo de UCI precisando de soporte vasoactivo con noradrenalina y oxígeno con reservorio. Se aumenta cobertura antimicrobiana con caspofungina al meropenem y vancomicina asociándose corticoterapia con lo que mejora. Salen resultados de Autoinmunidad: ANA +, anticoagulante lúpico +. Finalmente tras un mes de ingreso se da de alta con el diagnóstico de brote lúpico agudo sistémico con disfunción multiorgánica.

P-2099

CALCIFICACIONES CEREBRALES BILATERALES COMO HALLAZGO CASUAL

S García Codornie, E García Chacón, CM Marín Vega

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: calcificaciones cerebrales-VIH congénito-enfermedad Wilson

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: Las calcificaciones cerebrales son un hallazgo frecuente en las pruebas de neuroimagen. Sin embargo, el significado patológico varía en función de la posible etiología subyacente, que se puede sospechar por su localización y por las repercusiones clínicas de las mismas. **OBJETIVO:** Realizar una revisión de los distintos diagnósticos diferenciales en relación a un caso clínico. **CASO CLÍNICO:** Varón de 21 años que es traído a urgencias por equipo extrahospitalario tras caída accidental practicando parkour con traumatismo costal, sin traumatismo craneoencefálico, según afirman testigos, con pérdida de conciencia brusca con posterior convulsión tónico-clónica golpeándose en la cabeza en ese momento. Estado postcrítico, sin recordar lo ocurrido. No alergias, prematuro con madre VIH positiva, recibió tratamiento durante el primer año de vida para la infección por VIH (sin controles posteriores). Un hermano sano. Estudios secundarios, actualmente en paro. **EXPLORACIÓN:** Consciente y orientado. Glasgow 15/15. No déficit pares craneales, ni asimetría facial. Balance muscular global 5/5. Reflejos presentes y simétricos. Romberg negativo y marcha normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En urgencias: Analítica completa y radiografía de tórax sin hallazgos significativos. TC sin contraste de cráneo: calcificaciones bilaterales y simétricas en ganglios de la base (nucleos caudales y en lenticulares), hematoma partes blandas en región parietal derecha, sin otros hallazgos. Recomiendan completar estudio para descartar patologías asociadas. Durante el ingreso: RM craneal, angio PW, venosa, RM cervical. En RNM: áreas focales en ambos nucleos palidos, talámicos y dentados. EEG sin hallazgos patológicos. Estudio analítico: ácido fólico, B12, estudio del hierro, PTH, vitamina D, marcadores tumorales, proteinograma, ceruloplasmina, cobre, plomo, serología incluida VIH negativos. **Diagnóstico DIFERENCIAL:** - Idiopáticas. - Enfermedad de Fahr. - Post-inflamatorio (tuberculosis, toxoplasmosis, cisticercosis, VIH congénito). - Congénitas como la enfermedad de Wilson. - Tóxico-metabólicas (hiper-hipoparatiroidismo, intoxicación por plomo) **CONCLUSIÓN:** Se descarta enfermedad de Fahr por ausencia de clínica, ausencia anillo Kayser Feischer típico de Wilson, así como estudio analítico negativo, lo que nos lleva a pensar en post-inflamatorio en relación con VIH congénito.

CONCLUSIONES:

Necesario investigar el origen, aunque sin clínica en jóvenes, por posibles causas tratables evitando secuelas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2100

PARÁLISIS DE III PAR CRANEAL:
REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

JA López Bustelo (1), C Valladares Jiménez (2),
A Hernando Mallol (3), LP Pérez-Montes Lara (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

(2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

(3) Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María, Cádiz.

(4) Centro de Salud Casines. Puerto Real, Cádiz

PALABRAS CLAVE: oculomotor nerve palsy-posterior communicating artery-aneurysm

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: Los nervios oculomotores pueden afectarse en cualquier punto entre el núcleo y los músculos extraoculares en la órbita. Las causas de parálisis de los mismos son infarto, hemorragia, enfermedades desmielinizantes o inflamatorias, traumatismos, o lesiones compresivas como aneurismas o tumores. **OBJETIVOS:** Repasar las causas de paresia del III par craneal. **PACIENTE Y MÉTODO:** Varón de 58 años, fumador desde los 15, sin ningún otro antecedente de interés. Acude a Urgencias por presentar cefalea fronto-orbitaria derecha de 3 días de evolución, pulsátil, a la que se añade dificultad progresiva para la apertura ocular derecha. La exploración física evidencia parálisis completa de III par craneal derecho, con midriasis unilateral arreactiva y ptosis palpebral. La bioquímica básica y hematimetría resultan normales, radiografía de tórax con signos de broncopatía crónica. La TAC craneal muestra lesiones hipodensas puntiformes cápsulo-ganglionares bilaterales en relación con infartos lacunares crónicos. La angio-TAC de cráneo detecta dilatación aneurismática sacular de arteria comunicante posterior derecha de 10 milímetros de diámetro. Se remitió al paciente para ingreso en Neurocirugía, donde se realizó embolización de la lesión. **RESULTADOS:** Aneurisma de la arteria comunicante posterior derecha.

CONCLUSIONES:

Las causas más frecuentes de parálisis del III par craneal en adultos son vasculares, bien por aneurismas de las arterias del polígono de Willis, bien por infarto de la microvasculatura neural en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, cada una de ellas supone el 20% del total. Tumores y traumatismos son causa de un 10-15% de los casos. Otras causas son sinusitis, síndrome de Tolosa-Hunt, enfermedad de Hodgking, herpes zoster, arteritis de Horton, meningitis, encefalitis, enfermedades del tejido conectivo, enfermedad de Paget o complicaciones postoperatorias. La angio-TAC craneal detecta aneurismas compresivos y otras lesiones estructurales. Cuando un aneurisma de la arteria comunicante posterior se presenta con parálisis del III par craneal, supone una auténtica urgencia que precisa tratamiento endovascular, debido al potencial riesgo de rotura y hemorragia subaracnoidea que puede ocurrir en escasos días desde la presentación de la parálisis.

P-2106

ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO:
QUÉ PACIENTE MÁS RARO

MT Ayuso Aragonés, M Noguerol Gutiérrez, R Tejada Solados,
G Bejarano Redondo, L López-Tápper Irazábal, J Cobo Mora,
C Carballo Cardona

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: estatus-epiléptico-ausencia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

AP: HTA Ca colon estadio IV feb 2016. Quimioterapia activa FOLFOX-Beva. Irinotecan y Aflibercept. Resección de metástasis hepática y cirugía del primario marzo 2017 Independiente EA: Mujer de 78 años que acude por cuadro de escasa respuesta a estímulos precedido de un sonido gutural que alarma a su esposo, quien la encuentra con dificultad para respirar y sin respuesta a órdenes verbales. Diarrea postquimioterapia en días previos. Afebril EF: Hipertensa Taquipneica, SatO2 93% inquieta, lenguaje incoherente, con signos de mordedura de lengua. AP: hipoventilación generalizada. ABD: Se palpa probable globo vesical. Glasgow 12/15 sin clara focalidad neurológica. Pruebas Complementarias: Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica con hipomagnesemia, hipofosfatemia, LDH 523 UI/L GGT: 234 UI/L Orina: sin alteraciones. Tóxicos en Orina: negativos TAC craneal: Signos de retracción cortico subcortical acorde a la edad. RX torax: ICT aumentado, sin otros hallazgos patológicos EEG: signos compatibles con encefalopatía difusa de tipo inespecífico de intensidad moderada-severa. Se objetivan descargas epileptiformes con criterio de estatus epiléptico. Diagnóstico: ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO. Tras la administración de Clonazepam 1mg IV lenta, recuperación de nivel de conciencia La paciente quedó en Observación durante 24 h, sin presentar nuevos eventos, siendo dada de alta con antiepilépticos orales.

CONCLUSIONES:

El estatus epiléptico no convulsivo se considera un desafío diagnóstico por su gran variabilidad de manifestaciones clínicas, que precisa de una sospecha clínica inicial y de la realización de EEG en el momento (con las dificultades que conlleva su correcta interpretación). En Centros hospitalarios donde no se disponga de EEG 24h, la mejoría inmediata tras la administración de benzodiacepinas es un criterio relevante para establecer un diagnóstico firme.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2107

SARCOMA SINOVIAL CARDIACO. UNA RARA ENTIDAD

V Valverde López, JM Krivocheya Montero, A Rubio Ramos,
JT Henche Espinosa, C García Pagán, JM López Fernández

Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: ecocardiograma-sarcoma sinovial-TAC

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 36 años que acude al SUHC por presentar tos de dos meses de evolución, con esputos hemoptoicos y disnea. Cuadros repetitivos sincopales y presincopales acompañado de cortejo vegetativo **ANTECEDENTES PERSONALES:** NAMC, no se relata ningún antecedente de interés **EXPLORACIÓN FÍSICA REG:** Saturación 91%, FC 105, temperatura 36,8, TA 120/74 ACR: Disneico, tonos cardiacos rítmicos, no soplos. Hipoventilación en pulmón izquierdo, latido carotídeo derecho Abdomen globuloso y depresible, no doloroso No edemas ni signos de TVP **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS** Analítica - Bioquímica: Glucemia 59, urea 1,33, PCR 5,8, BNP 307 - Hemograma normal - Coagulación: Actividad de protrombina 68%, Dímero D 1,80, INR 1,31 - Gasometría: Hipoxemia con hipocapnia, bicarbonato 21,4, exceso de bases -2,3 **Electrocardiograma:** Taquicardia sinusal a 105 lpm, hipertrofia auricular derecha, eje derecho, no trastornos de la repolarización Rx de torax: Se aprecia derrame pleural izquierdo **AngioTAC:** Defecto de repleción intracardiaco (aurícula-ventrículo derecho de probable etiología tumoral) con múltiples nódulos pleurales y pulmonares bilaterales altamente sugestivos de metástasis **EVOLUCIÓN:** Se ingresa al paciente a cargo de Servicio de Cardiología, el cual realiza ecocardiografía (cámaras cardiacas con aumento de tamaño, con buena función del ventrículo izquierdo. Entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho se aprecia un tumor ancho de 37x62 mm imponiéndose al orificio tricuspídeo y perjudicando el relleno del ventrículo derecho, siendo responsable del colapso circulatorio. Derrame pericárdico circunferencial de 7 mm por encima del ápex). Con esto avisamos al servicio de Cirugía cardiovascular de nuestro Hospital de Referencia que acepta el caso y se realiza biopsia del tumor diagnosticándose por anatomía patológica como un sarcoma sinovial. El paciente no es subsidiario de tratamiento antitumoral por el estadio avanzado del tumor y finalmente se produce su fallecimiento debido a una parada cardiorrespiratoria. **DIAGNÓSTICO:** Sarcoma sinovial cardiaco **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lo debemos plantear con el resto de tumores malignos cardiacos: angiosarcoma, rabdomiosarcoma, fibrosarcoma, leiomiomasarcoma, liposarcoma, sarcoma neurogénico, osteosarcoma, mesotelioma, linfoma, timoma, teratoma.

CONCLUSIONES:

El sarcoma sinovial es un tumor derivado del tejido sinovial siendo su localización cardiaca muy infrecuente. Hasta el año 1999 solo se habían descrito 6 casos. Por la rareza de este tumor cardiaco hemos decidido su exposición.

P-2108

DIVERTICULITIS AGUDA EN VARÓN OBESO: EXPLORACIÓN FÍSICA REVELADORA

AMM Montenegro Moure, J Ruiz Casquet, J Ferrández Rodríguez,
A Alfayate Torres, M Latorre Palazón, R Pérez Costa, F Sierra Prefasi

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: diverticulitis-colonic-abdominal pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Enfermedad actual: Hombre de 64 años que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 7 días de evolución, focalizado en hipogastrio, continuo, sin irradiación. Niega haber presentado síndrome miccional, fiebre, vómitos ni diarrea. Sí refiere anorexia. No otra sintomatología asociada por aparatos. Tampoco refiere antecedentes quirúrgicos previos. Por otra parte comenta que presenta una fístula anal desde hace 2 semanas. EF: Buen estado general, afebril, CV: TA 130/82 Sat 98% con aire ambiente. Abdomen blando y depresible, con molestias leves en hipogastrio y defensa abdominal a la palpación profunda. Mcburney negativo. Blumberg y Rovsing negativos. Puño-percusión renal bilateral negativa. Resto de exploración sin alteraciones. Pruebas complementarias: Laboratorio: Creatinina 2.64, Leucos 15.300 con 80%N. Resto sin alteraciones de interés. Ecografía abdominal y TC abdominopélvico simple en urgencias: Diverticulitis aguda de sigma medio con área abscesificada / perforación contenida en íntimo contacto con la cúpula vesical. Riñón izquierdo atrofico con dilatación pielocalicial grado 2 secundaria a litiasis de 2 cm en la unión pieloureteral. Sin datos ecográficos que sugieran piodiverticulitis. Pequeña cantidad de líquido perirrenal. TC abdomino-pélvico de control tras intervención quirúrgica CGD: La colección pélvica previamente drenada está completamente resuelta, localizándose el extremo del catéter entre la pared anterior de la vejiga y el sigma. El abscesograma pone de manifiesto paso del contraste al sigma lo cual refuerza el diagnóstico de una diverticulitis. Se consigue recuperar la parte de contraste que queda dentro de la colección. Ante estos hallazgos y la buena evolución clínica, radiológica y analítica del paciente se decide retirar el drenaje sin mayores complicaciones. **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** Diverticulitis aguda complicada. Hidronefrosis grado 2 por nefrolitiasis.

CONCLUSIONES:

En el diagnóstico de la Diverticulitis Aguda, la sospecha clínica resulta fundamental. Nuestro paciente presentaba una leucocitosis leve, que podría haber estado justificada por la fístula anal que presentaba, pero la exploración física de su abdomen resultó clave para solicitar pruebas de imagen que confirmasen nuestro diagnóstico de sospecha. Finalmente el paciente evolucionó favorablemente tras intervención mediante drenaje percutáneo y con antibioterapia al alta (Cefditoreno y Metronidazol).



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2114

MUJER DE MEDIANA EDAD CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y HEMOPTISIS. PROBABLE SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN

P Del Pino Valverde, M Rizo Hoyos, MJ Morales Acedo, M Nogués Herrero, P Castillo Jiménez, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: insuficiencia renal-hemoptisis-vasculitis sistémica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 66 años alérgica a estreptomicina, con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia. En tratamiento con enalapril 20mg/24h y simvastatina 10mg/24h. Acude a urgencias por cuadro de epigastralgia, vómitos y diarrea de un mes de evolución, disminuyendo la ingesta en las últimas semanas con astenia, pérdida de peso y febrícula. Asocia hemoptisis y disnea de moderados esfuerzos desde hace 5 días. Exploración física: Regular estado general, Glasgow 15. Bien hidratada, palidez cutánea. Tensión arterial 160/90mmHg. Frecuencia cardíaca 80lpm. Febrícula 37°C. Saturación oxígeno 97%. Diuresis 50-60cc/h. Auscultación rítmica sin soplos. Buena ventilación con crepitantes bibasales. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa. Piel normal. Pruebas complementarias: A destacar hemoglobina 7,1g/dl, plaquetas 183.000*109/L, Creatinina 14,46mg/dl. Gasometría: pH 7,30, bicarbonato 14mmol/L, lactato 7mg/dl. Orina: proteinuria 300, sedimento incontables hematíes. Fracción excreción de sodio: 9,5%. Radiografía tórax: infiltrado intersticial bilateral que respeta vértices. Ecografía abdominal atrofia de riñón izquierdo. Diagnóstico: Insuficiencia renal aguda y hemoptisis. Probable síndrome pulmón-riñón (SPR). Diagnóstico diferencial: Síndrome Churg Strauss, Poliangeítis microscópica (PAM), Granulomatosis de Wegener, Vasculitis por drogas, Síndrome de Goodpasture, Enfermedad de Behçet, Crioglobulinemia mixta, Púrpura de Schönlein-Henoch, Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoide, Esclerodermia, Polimiositis, Enfermedad mixta del tejido conectivo.

CONCLUSIONES:

La paciente se mantuvo tendente a la oligoanuria, con cifras de creatinina elevadas sin clara mejoría, por lo que se decide traslado al hospital de referencia para hemodiálisis. En analítica posterior: Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) tipo antimieloperoxidasa: positivos. Actualmente la paciente se encuentra en la unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria aguda grave, y en tratamiento con ciclofosfamida, corticoterapia y sesiones de plasmaféresis. El SPR es un síndrome que se define como la combinación de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis, de mal pronóstico, que habitualmente provoca un rápido deterioro. El diagnóstico es clínico, radiológico, de laboratorio e histológico y su tratamiento es inmunosupresor, decidiéndose en base al deterioro de la función renal, y/o el compromiso vital. Sin confirmación histológica aún, nuestra sospecha es que se trate de una PAM, ya que es una vasculitis sistémica ANCA positivo, que afecta a pacientes de mediana edad, con astenia, pérdida de peso y afectación renopulmonar.

P-2115

ME DESPIERTO Y NO SÉ QUÉ ME PASA POR LA MAÑANA

E Caro Vázquez, CA Yago Calderón, E Cuartero Martínez, JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, EM Fragero Blesa

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: ictus-angiografía-trombectomía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 63 años de edad con los antecedentes personales de hipotiroidismo e tratamiento con levotiroxina e hipertensión en tratamiento con enalapril que acude por presentar cuadro de afasia, hemiparesia derecha y desviación comisura bucal hacia la izquierda. Al acostarse sobre las 00:00horas estaba asintomática y sobre las 6:30am el marido ha objetivado la clínica. A la exploración: - Neurológico: afasia global sin emisión de ruidos. Hemianopsia homónima derecha, parálisis facial derecha al dolor. Hemiparesia derecha MSD 2/5, MID 3/5. Sensibilidad dolorosa presente bilateral. Reflejo cutáneo plantar extensor derecho, retirando el izquierdo. NIHSS 17puntos. - ACP: tonos rítmicos y audibles. No soplos. MVC. Pruebas complementarias: - TAC craneal: hiperdensidad de la arteria cerebral media izquierda y mala diferenciación entre sustancia blanca y gris perisilviana, que indica isquemia hiperaguda de dicho territorio cerebral. - ECG: ritmo sinusal sin trastornos de la repolarización. - Analítica sin alteraciones. - Rx tórax: no imagen de pinzamiento ni condensación. - ASPECT 8 puntos. Juicio clínico: Ictus isquémico hemisférico izquierdo de origen incierto. Código ictus del despertar. Plan: dado que el TAC de cráneo realizado a la llegada sólo se ve un ASPECT de 8 puntos y una hiperrintensidad de la arteria cerebral media en una paciente joven, con un ictus isquémico del despertar, se decide con radiología vascular de centro de referencia para realización de angiotac ante la posibilidad de realización de trombectomía.

CONCLUSIONES:

Es necesario la presencia de radiología vascular de guardia en cada centro de referencia para la realización de trombectomía cuando es de data incierta el inicio de la clínica ya que no se puede realizar fibrinólisis. A pesar del tiempo de inicio el futuro está en la trombectomía.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2116

HEMORRAGIA INTRACRANEAL. SÍNDROME TALÁMICO

S Morales Sánchez, JV Palomo Carvajal, Mj Morales Sánchez,
J Krivocheya, E Navarro Guerrero, M Jimena García,
D Santamaría Amat

Hospital de Melilla

PALABRAS CLAVE: hemorragia intracraneal-accidente cerebrovascular-síndrome talámico

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente traído por episodio de disminución del nivel de conciencia de forma súbita. No presenta antecedentes personales conocidos de interés. Comatoso con Glasgow 7 puntos. Estable hemodinámicamente, ligeramente hipertenso. Afebril. Normocolorado. ACR Normal. Pupilas mióticas poco reactivas. Nistagmo asociado. No moviliza ninguna extremidad. Precisa intubación orotraqueal con ventilación mecánica. En las pruebas complementarias hemograma y bioquímica normales. En la TAC Craneal se objetiva hematoma agudo intraxial capsulotalámico derecho con inundación ventricular y desvío de la línea media hacia la izquierda. Se diagnostica de Síndrome Tálamico extenso. La evolución ha sido lenta pero progresivamente satisfactoria. No es candidato a intervención quirúrgica por tipo de hemorragia. Tampoco ha habido necesidad de colocación de un drenaje ventricular externo por la cantidad de hemorragia intracraneal existente. Semanas después presenta mejoría clínica. Obedece todas órdenes, movilizándolo extremidades, responde a las preguntas con señas. Persiste alteración en alguna de las funciones superiores así como movimientos involuntarios hemicorporales. En la TAC de control se observa una práctica resolución del contenido hemorrágico intraparenquimatoso y ventricular, persistiendo hipodensidad capsulolenticular probablemente secuelar con discreta dilatación de los ventrículos laterales.

CONCLUSIONES:

El Síndrome Tálamico se trata de una hemorragia intracraneal a nivel del Tálamo siendo aproximadamente el 30% de las hemorragias intracraneales. Este tipo de sangrado fácilmente se extiende a la cápsula interna, a zona parieto-temporal y mesencéfalo. El origen se debe a la rotura de un vaso intracraneal por un aumento de cifras tensionales. La clínica varía en función de la localización del territorio afectado. Existe gran variedad de síntomas y signos asociados. Los más frecuentes son alteración ocular, parálisis en la mirada, alteración en el reflejo de la luz y de la acomodación, pupilas mióticas arreactivas, compresión del mesencéfalo dorsal (si la extensión es a nivel inferior, ptosis, miosis, nistagmo, trastorno en el lenguaje. Las hemorragias extensas suelen inundar a ventrículos por proximidad y comprimen estructuras cercanas provocando hidrocefalia, alteración en el nivel de conciencia, déficit motor y alteración en las funciones superiores. El pronóstico es malo, presentando una alta mortalidad. El tratamiento se enfoca a realizar una evacuación de la hemorragia (evacuación neuroendoscópica), dañando mínimamente el tejido cerebral aunque a veces se opta por un drenaje ventricular externo.

P-2117

ANSIEDAD... ¡DESCARTA ORGANICIDAD!

MT Núñez Gómez-Álvarez, A Sollet Galean, M Mestre Lucas,
A Roca García, MT Cerdán Carbonero, FB Hernández Moreno

Hospital General de Villalba. Madrid

PALABRAS CLAVE: disnea-adenopatía-adenocarcinoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por disnea progresiva hasta hacerse de reposo de 3 días de evolución y ortopnea con intolerancia al decúbito. Toda esta sintomatología la atribuye a ansiedad e insomnio, siendo la familia quien la traslada al hospital. EF: FC 125 lpm, impresiona de gravedad, taquipneica, palidez, masa submandibular izquierda de 4x4 cm. ACP: rítmico con soplo sistólico panfocal, crepitantes bibasales, Abdomen: edema de pared y semiología de ascitis no a tensión. MMII: edemas con fovea hasta muslos. Se solicitan las siguientes pruebas: • En analítica destacan: Hb 8.8 g/dl, 12000 leucocitos, LDH 1160, GGT 112, GOT 116, GPT 104, fosfatasa alcalina 253 UI/l. Sodio 127 mmol/l, PCR 17.3 mg/dl, y, en GAB: Ph, 7.48 PCO2 29 mm Hg PO2 56 mm Hg • Rx de tórax: Masa hilar izquierda y adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas. Reinterrogando a la paciente comenta aumento progresivo de la masa submandibular, por lo que se solicitó en otro hospital una ecografía y RM cervical, accediendo a los resultados a través de la Historia Clínica en Red, donde se identifican múltiples masas cervicales, asociando lesiones óseas vertebrales cervicales, sugestivos de metástasis ganglionares y vertebrales. Nos encontramos ante un caso de disnea, ortopnea, y edemas en MMII, haciendo poco probable la causa psicógena, siendo más probable la etiología cardíaca o pulmonar por lo que se solicitan: TC torax: Masa en mediastino anterior, nódulos pulmonares, implantes omentales y mesentéricos con masa en pelvis. Metástasis a nivel óseo múltiples que condiciona aplastamiento completo de D12. Ecocardiograma: Derrame pericárdico severo. Imagen ecodensa posterior compatible con masa intrapericárdica. **DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: DISNEA SECUNDARIA A MASA MEDIASTÍNICA E INTRAPERICÁRDICA** La paciente ingresa en UVI, realizándose biopsia de adenopatía, fallando a los 4 días del ingreso por fallo multiorgánico recibiendo posteriormente resultados anatomopatológicos. **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ADENOCARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO, CON AFECTACIÓN DISEMINADA.**

CONCLUSIONES:

El adenocarcinoma pobremente diferenciado de origen desconocido representa entre el 4-5% de los tumores invasivos, siendo más frecuente en mujeres con origen ovárico. La clínica depende del órgano afectado. El tratamiento se basa en quimioterapia aunque el pronóstico al diagnóstico es desfavorable.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2118

SÍNDROME DE PANCOAST-TOBIÁS

D Lahoz Rodríguez, I Díaz Bello, J Velilla Moliner,
MC Munuera Barahona, MR Martínez Herráez, JA Franco Hernández

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: tumor-pancoast-horner

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 67 años con antecedentes de hipertensión, fumador, bronquitis crónica, acude con dolor en hombro derecho de 4 semanas de evolución, que irradia por cara cubital del brazo con hipoestesia en el quinto dedo de la mano, sin mejoría con antiinflamatorios. En la exploración destaca un Síndrome de Horner (ptosis palpebral, miosis y enoftalmos), con roncus y sibilancias a la auscultación. Ante sospecha clínica de síndrome de Pancoast-Tobías (dolor de hombro y síndrome de Horner), se realiza radiografía de tórax con presencia de una masa en vértice pulmonar derecho. Diagnóstico diferencial entre patología articular (tendinitis, artropatía, artrosis, capsulitis,) y patología extra-articular (radiculopatía cervical, neuropatía, patología pleural, neoplasias). La RMN muestra una masa apical derecha que se introduce por el agujero de conjunción T1. En la TC torácica se aprecia una masa en vértice pulmonar derecho que invade pared costal con lesiones líticas en arcos posteriores de la primera y segunda costillas derechas. y en cuerpo vertebral D1. Citología del broncoaspirado positiva para células tumorales malignas. PAAF transtorácica, con resultado de carcinoma epidermoide. Con diagnóstico de tumor de Pancoast estadio IV (T3 N0 M1) se inicia tratamiento paliativo con radioterapia, sin mejoría, la evolución es de progresivo empeoramiento, por mal control analgésico y aplastamiento de vértebra D1 que provoca cuadro de compresión medular, falleciendo un año después.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Pancoast está producido por una neoplasia broncopulmonar, un cáncer no microcítico (adenocarcinoma y epidermoide), localizado en el vértice pulmonar. El síntoma más frecuente es el dolor de hombro y/o del brazo homolateral, por la extensión local a la pleura parietal, plexo braquial, vértebras y tres primeras costillas. El diagnóstico se puede demorar al confundirlo con un síndrome del hombro doloroso. Puede aparecer un síndrome de Horner por afectación del sistema simpático, ipsilateral al tumor. Las causas de dolor de hombro pueden ser intra o extra-articulares, debe hacerse una historia clínica detallada y una exploración física completa, si es normal, debe pensarse en una causa externa. Ante sospecha de síndrome de Pancoast, debe realizarse una radiografía de tórax urgente.

P-2119

ABSCESO INGUINAL COMPLICADO

R Díaz Contrera, P Sánchez Llópez, S González Caminero,
J García Prieto, M Martínez Lago, D Alva, A Paz Anaya

Hospital de Manises. Valencia

PALABRAS CLAVE: absceso-anciano-cáncer

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 80 años quien presenta celulitis inguinal derecha, que no mejora con tratamiento antibiótico. **HISTORIA CLÍNICA:** Antecedentes: No alergias medicamentosas referidas, FRCV: HTA. Fumador de 2 cig día. Hepatopatía por virus C. Anemia de procesos crónicos.. Situación Basal: Institucionalizado, amputación supracondilea de miembro inferior derecho tras traumatismo. Deterioro cognitivo leve. T. ansioso depresivo tras fallecimiento de sus padres en la adolescencia. Anamnesis: Celulitis en región inguinal derecha, no dolorosa, de unos 6 cm de diametro, con importante hiperemia, hipertermia de 15 días de evolución de aparición súbita, no dolorosa. Exploración: TA: 120/ 70 mmHG, FC 100 lpm, Sat O2 97%. Temp 37°. Caquexia. Palidez cutánea, consciente y orientado. Cabeza y Cuello: no masas ni adenopatías palpables, pulsos carotídeos presentes, no bocio, no iy. AC: ruidos rítmicos sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, con algun roncus aislado. Abdomen: blando, depresible, con masa hiperémica, hipertermia en región inguinal derecha, no dolorosa, petrea. Pruebas de Laboratorio: Hematimetría: Leucocitos 260,5 (N 86,20), Hb total 10,90. Bioquímica: PCR 194. Na, K, creat. Urea normales. Ecografía Abdominal-TAC Abdominal: Hallazgo compatible con un tumor de cecoascendente complicado con perforación a retroperitoneo, con colección en el músculo ilíaco, y en continuidad gran absceso de pared abdominal. Juicio Clínico: NEOPLASIA DE CIEGO AVANZADA Tratamiento y Evolución: Drenaje del absceso inguinal. Tratamiento antibiótico. Tratamiento paliativo para el paciente previo ser comentado el caso con Oncología. Dada la situación basal del paciente y el grado de dependencia, se desestima medidas agresivas. Exitus dos semanas posteriores al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

Se presenta un paciente con mal pronóstico por la evolución de la patología. Si embargo debemos de plantearnos que ante todo paciente con antecedente de anemia de proceso crónicos sin estudio previo se debería realizar un screening ante la sospecha de una NEO no diagnosticada. En este paciente de nuevo ingreso al servicio con antecedente de anemia de procesos crónicos y HVC con anorexia en los últimos 6 meses, lo incidental del diagnóstico nos hace pensar que debemos de hacer un seguimiento mucho más estrictos de los posibles candidatos a alguna neoplasia.



CASOS CLÍNICOS

P-2121

¿EPILEPSIA CON 23 AÑOS? HAY ALGO MÁS

**EM Sena Ruiz, F Alonso Morales, M Quesada Molinos,
E Puga Montalvo**

Hospital Ruiz de Alda. Granada

PALABRAS CLAVE: epilepsy-encephalitis-brain ischemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: Infección respiratoria 2 semanas antes. Alergia a Amoxicilina. No hábitos tóxicos conocidos. ? **ANAMNESIS:** Paciente de 23 años que es atendido por episodio de desconexión del medio, con mirada fija, ausencia de emisión del lenguaje, convulsiones tónico-clónicas con relajación de esfínteres y vómitos recurrentes. ? **EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA: 130/80mmHg, FC: 45lpm, Sat: 95%. Afebril. ? **EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:** Nivel de conciencia fluctuante (tendencia al estupor) Localiza el dolor con hemicuerpo izquierdo, presenta rotación externa y hemiparesia derecha, palabras inapropiadas, abre los ojos ante estímulos nociceptivos. No alteración de pares craneales. RCP extensor derecho, flexor izquierdo. ? **AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR:** Rítmica, con murmullo vesicular conservado. ? **ABDOMEN:** Anodino. ? ? **MIEMBROS INFERIORES:** No edemas. ? **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** ? **ANÁLITICA:** Destaca leucocitosis >16.000, PMN 95%. ? **ECG:** Bradicardia sinusal a 45lpm, BRDHH ? **TC CRÁNEO:** Extensa hipodensidad de predominio subcortical frontal izquierdo, con efecto masa provocando colapso parcial del ventrículo lateral y signos de herniación subfalcial. ? **RMN CRÁNEO:** Alteración subcortical de todo lóbulo frontal izquierdo y extensión hacia óvulo parietal izquierdo, así como a través de cuerpo calloso extensión hacia el centro semioval derecho, brazo posterior de cápsula interna y pedúnculo cerebral izquierdo. > **ELECTROENCEFALOGRAMA:** No grafoelementos de tipo epileptiforme. > **CRANIECTOMÍA FRONTAL IZQUIERDA CON TOMA DE BIOPSIA:** Zonas de hemorragia perivascular, infiltrado de neutrófilos y presencia de desmielinización. > **INMUNOTINCIONES:** PCR negativa para toxoplasma y resto de virus. ? **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ICTUS/AIT. Proceso infeccioso/inflamatorio cerebral. Tumores. Epilepsia.

CONCLUSIONES:

JUICIO CLÍNICO: Leucoencefalitis aguda hemorrágica o enfermedad de Hurst. Se considera una reacción hiperaguda autoinmune de tipo no específico disparada por una reacción cruzada entre antígenos de un agente infeccioso y el tejido nervioso del propio paciente. **DISCUSIÓN:** En el Servicio de Urgencias ante una primera crisis epiléptica se requiere una minuciosa valoración para determinar si existe una causa desencadenante, realizando una historia clínica completa y una buena exploración física, TAC craneal y EEG.

P-2122

EL SECRETO DE SUS OJOS

**E Galán Dorado, A Díez Barrio, N Barbero Bordallo, S Guerrero Ruso,
D Trujillo Luque, MJ Venegas De L'Hotellerie, B Rodríguez Miranda**

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: horner syndrome-carotid artery, internal, dissection-trigeminal nerve diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

- **Motivo de Consulta:** - **Motivo de Consulta:** Caída de párpado derecho. - **Antecedentes Personales:** No AMC. Fumador de 10cig/día. HTA. Fístula arteriovenosa medular tratada con embolización en 2015, con seguimiento por Neurocirugía y Neurorradiología intervencionista. - **Enfermedad Actual:** Varón de 56 años que consulta en Urgencias por comenzar de forma brusca hace 3 semanas con sensación de tener el ojo derecho más cerrado. Presentó también dolor intenso en zona de la frente, en hemicara derecha, con mejoría parcial del dolor, pero con molestias residuales persistentes. - **Exploración Física:** TA 135/86. Ptosis de párpado superior derecho leve (aprox 4mm) Ptosis de ceja derecha leve. Miosis OD respecto a OI. Pupilas reactivas. Resto de exploración neurológica y general normal. El paciente es valorado por Oftalmología que realiza test de iopimax 1% (apraclonidina) en ojo derecho, con normalización de altura palpebral y pupilar. - **Pruebas Complementarias:** Analítica: HG, Coagulación y BQ normal. PCR normal. RX Torax: normal. ECG: Rs a 70lpm. No alteraciones de la repolarización. TC de cráneo + órbitas: normal. AngioTAC TSA: Estenosis de amplio segmento en ACI derecha cervical distal. - **Juicio Clínico:** Sd. Raeder (ptosis + miosis + dolor en rama oftálmica del V par) en paciente con estenosis de segmento de ACI derecha distal. - **Plan/Tratamiento:** Ingresa en planta de Neurología, completándose estudio con AngioRMN cerebral que confirma el diagnóstico de Disección Carotídea en segmento cervical de ACI derecha. Se opta por tratamiento antiagregante. Se mantiene estable, procediéndose al alta solicitándose estudio Genético (descartar collagenopatía) y seguimiento por Neurorradiología intervencionista (repetir angiografía) y Neurología.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Raeder es una variante de síndrome de Horner que asocia afectación del nervio oftálmico con paroxismos de dolor, por afectación a nivel de la tercera neurona (postganglionar) de las fibras simpáticas que van a la órbita. Se debe fundamentalmente a disecciones carotídeas, trombosis de carótida, cefalea en racimos o lesiones del seno cavernoso. Cuadros de inicio brusco de ptosis palpebral y miosis, acompañados de dolor neuropático oftálmico, deben ponernos en alerta de una posible etiología vascular, potencialmente grave y que requerirán un manejo Urgente.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2124

MUTISMO: ¿PATOLOGÍA NEUROLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?

R Tejada Sorados, MT Ayuso Aragonés, M Noguerol Gutiérrez,
J Cobo Mora, C Carballo Cardona

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: mutismo-ictus talámico-síndrome neuropsicológico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 56 años, extranjero, HTA, traído al hospital por Servicios de Emergencia tras aviso de los vecinos al no contestar llamadas. Le encuentran con relajación de esfínteres, mutismo. En urgencias se objetiva actitud mutista, alerta, mirada fija aunque con seguimiento ocular conservado, sensibilidad táctil algésica conservada. Analítica sin hallazgos valorables. ECG fibrilación auricular. Es valorado por Neurología con TC craneal y el Electroencefalograma sin hallazgos relevantes, solicitando valoración Psiquiátrica para descartar patología psicótica. Tras 10 horas de observación, se objetiva disminución del nivel de consciencia, Glasgow 10, realizándose nuevo TAC craneal, apareciendo hemorragia talámica izquierda abierta a ventrículos e hidrocefalia secundaria, sin poder descartarse infarto talámico (arteria de Percheron) previa a la hemorragia. Empeoramiento clínico con Glasgow 5, procediéndose a intubación. Durante el ingreso en RMN se evidencia hematoma talámico derecho. Posteriormente, trombosis venosa profunda cerebral y del seno lateral izquierdo con infartos venosos hemorrágicos centrados en región talámica y tálamomesencefálica bilaterales. Clínicamente, debilidad de las extremidades derechas, sin desviación de la mirada, impresiona de hemianopsia homónima derecha en campimetría por amenaza.

CONCLUSIONES:

Las lesiones del tálamo originan síndromes neurológicos generales, neuroofalmológicos y neuropsicológicos, convirtiéndolos en un reto diagnóstico por su gran complejidad sintomática. Dentro del síndrome neuropsicológico se han descrito alteraciones del lenguaje, memoria, confusión y defectos atencionales con hemiinatención. El compromiso del lenguaje se observa particularmente en lesiones del tálamo izquierdo, y la lesiones del tálamo derecho tienden a producir defectos de negligencia motriz. La afección bilateral es una causa de mutismo y demencia. En un cuadro isquémico dependiente de la arteria de Percheron las manifestaciones neurológicas más frecuentes son la afectación del nivel de consciencia con fluctuaciones incluyendo el coma, afectación del lenguaje, apatía, y afectación de pares craneales oculomotores, trastornos del movimiento (disquinesias), afectación de la memoria (amnesia) y del sueño (hipersomnia). En estos casos las lesiones que desencadena suelen ser alteraciones talámicas bilaterales aun cuando la afectación arterial puede ser unilateral. Reconocer esta afectación bilateral en los estudios de RM es fundamental para caracterizar el cuadro y en ocasiones no visibles en otras pruebas de neuroimagen.

P-2125

CEFALEA COMO SIGNO DE ALARMA

V Morell Jiménez, E Caro Vázquez, MC Rodríguez Casimiro,
JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, A Camaño Mesa

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: cefalea-hemorragia-joven

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Paciente varón de 24 años de edad con antecedente de consumo de hachís de manera ocasional y fumador de 20 cigarros al día, acude por presentar cefalea holocraneal de características tensionales de unos 15 días de evolución. No refiere antecedente traumático. No alteraciones visuales. Afebril. Dos visitas previas a urgencias habiendo sido dado de alta con tratamiento antiinflamatorio y analgésico. Exploración física: Regular estado general TA 100/60 mmHg, Fc 80 lpm, Sat O2 98%. ACP: tonos rítmicos y audibles. No soplos. MVC. Neurológico: pares craneales normales. PICNR. Fuerza conservada y simétrica. Romberg (-). Nistagmus (-). Barré (-). Mingazzini (-) Pruebas complementarias: TAC cráneo: contenido hiperdenso en astas frontal, occipital y temporal del ventrículo lateral izquierdo, compatible con hemorragia intraventricular. Lesión hipodensa de 12x8 mm con calcificación grosera periférica en glándula pineal. Rx tórax: ICT normal. Hemograma: Hb 12,8. VCM 92. HCM 28. Leucocitos 10600. Plaquetas 182000. Coagulación: PT-Act 62%. Bioquímica: Glucosa 92. Urea 46. Creatinina 1,3. Na 132. K 4. Gasometría venosa normal. Evolución: Se decide actitud quirúrgica del paciente por parte de neurocirugía.

CONCLUSIONES:

La cefalea, aunque pudiera considerarse patología banal, en paciente joven puede dar signos de alarma de patología de riesgo vital, que requiriera actuación urgente.



CASOS CLÍNICOS

P-2126

OJO CON LO QUE RECETAMOS

R Antúnez Ganga (1), M Ibáñez López (2), MJ Fernández Rodríguez (2), D Fernández Valdivieso (3), L Ramírez Utrero (4), FM Rodríguez Rubio (5)

(1) Centro de Salud Ugíjar. Granada. (2) Centro de Salud Caravaca. Murcia. (3) Centro de Salud Almoradí. Alicante. (4) Centro de Salud El Cabo Huertas. Alicante. (5) Centro de Salud Calasparra. Murcia

PALABRAS CLAVE: dolor ocular-glaucoma agudo ángulo cerrado-efectos secundarios bromuro ipratropio

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 76 años con antecedentes personales de: NAMC, HTA, ICC, Miocardiopatía dilatada, Doble lesión aórtica, Cataratas OI y Maculopatía seca de OD que acude a urgencias por dolor agudo de OI de un día de evolución acompañado de disminución de agudeza visual. En exploración oftalmológica presenta semimidriasis arreactiva, edema corneal y PIO 45 mm de Hg. Se diagnostica de glaucoma agudo de ángulo cerrado y se pauta tratamiento con manitol al 20%, acetazolamida y se realiza iridectomía YAG y posteriormente quirúrgica con evolución favorable presentando al alta PIO 17mm de Hg. Revisando su historia clínica había acudido un día antes de comenzar con la clínica a urgencias por un cuadro de infección respiratoria, y se le pautó tratamiento con bromuro de ipratropio, antibiótico y mucolítico.

CONCLUSIONES:

El glaucoma de ángulo cerrado agudo (GACA) es una causa rara y a menudo erróneamente diagnosticada, de ojo rojo y doloroso. El riesgo es mayor en personas con una cámara anterior reducida, ya sea por escasa longitud axial (hipermetropía) o por engrosamiento del cristalino a causa del desarrollo gradual de cataratas. El bromuro de ipratropio (BI) derivado sintético de la atropina, es un antagonista de los receptores colinérgicos muscarínicos, empleado como broncodilatador en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma. Su administración se realiza fundamentalmente por vía inhalatoria, con una pobre absorción sistémica a través del árbol traqueobronquial, siendo sus efectos adversos escasos. El GACA puede precipitarse cuando, al producirse la dilatación pupilar, se bloquea el flujo de humor acuoso desde la cámara posterior a la anterior del ojo, bloqueándose el retículo trabecular y aumentando la presión intraocular. Los fármacos que causen midriasis pueden precipitar estas crisis. Se trata de un efecto secundario poco conocido y considerado del BI, fármaco con amplio uso en pacientes con enfermedades bronquiales, que puede conllevar la pérdida definitiva de la visión. Debe considerarse la posibilidad de que se produzca esta complicación siempre que se decida administrar BI en pacientes predispuestos, especialmente en mujeres ancianas donde esta enfermedad es más frecuente, para adoptar las medidas preventivas pertinentes.

P-2127

LOS ENIGMAS DE LA DIPLOPÍA, UN ROMPECABEZAS PARA EL MÉDICO

L del Valle Monje (1), M Yus López (1), MC Bermúdez Hernández (1), C Quispe Martínez (1), JM Mercado Molina (1), ML González-Baylín Monge (2), JC Vázquez Páez (2)

(1) Fundación Jiménez Díaz. Madrid. (2) Centro de Salud Casa de Campo. Madrid

PALABRAS CLAVE: diplopía-granulomatosis sistémica-oftalmoplejía internuclear

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 76 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo autoinmune, cáncer de vejiga hace 17 años y sordera congénita acude a urgencias por referir episodio súbito de unos 10 minutos de diplopía binocular horizontal con dolor retroocular, siendo mayor con la mirada hacia la izquierda hace 7 horas autoresuelto, con reaparición de la sintomatología de forma intermitente a lo largo de la tarde. Exploración física y neurológicas completas normales, salvo limitación para la aducción del ojo derecho que llega a sobrepasar la línea media. Analítica con hemograma y bioquímica normales, TC craneal normal, con lo que se sospechó de posible Oftalmoplejía Internuclear derecha ingresando a neurología pensando en posible ICTUS isquémico en el fascículo longitudinal medial dada la edad de la paciente. En las pruebas realizadas en ingreso, angioTC de troncos supraaórticos y análisis de líquido cefalorraquídeo fueron normales, destacando en la analítica una elevación de la velocidad de sedimentación globular y una resonancia magnética orbitaria con hallazgos de perineuritis que afecta principalmente a ambos nervios ópticos y ramas V2 y V3 trigeminales pudiendo estar en relación con patología inflamatoria inespecífica. Finalmente la sintomatología mejoró con un ciclo de corticoides con el diagnóstico de perineuritis intracraneal infiltrante en pares craneales II (bilateral) y V pudiendo corresponder a granulomatosis sistémica.

CONCLUSIONES:

La Oftalmoplejía Internuclear es un trastorno de la mirada conjugada en el plano horizontal debido a la lesión del Fascículo Longitudinal Medial (haz de fibras entre el núcleo del VI par de un lado de la Protuberancia y el núcleo del III par del lado contrario en el Mesencéfalo). Es muy característica de la Esclerosis Múltiple sobre todo cuando se trata de pacientes jóvenes, aunque también puede tener un origen vascular en pacientes ancianos y con factores de riesgo cardiovascular. Existen múltiples patologías que pueden tener síntomas comunes con la Oftalmoplejía Internuclear, tales como las perineuritis a nivel del par II (oftálmico) que ocasionan alteraciones de movimientos oculares y que no debemos olvidar en pacientes con antecedentes de patología autoinmune como es el caso de nuestra paciente, previo despistaje de patologías más graves que puedan comprometer la vida y cuyo diagnóstico debemos realizarlo de forma urgente.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2148

POR CADA PICO DE HIPERGLUCEMIA UN PROBLEMA

**M Rodríguez Romo, A López Chollet, M Noguera Marín,
M Muro Fernández, J Cabrejas Ugartondo, D Guzmán Del Rosario,
D Brau Queralt**

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: soft tissue infection-non-necrotizing-fasciitis

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 46 años con AP DE DM2 de 9 años de evolución con mal control metabólico en tratamiento con Insulina, hipertenso, dislipémico, fumador y exconsumidor de cocaína. Antecedentes de varios ingresos por abscesos. Acude a Urgencias por cuadro de dolor en MII, fiebre, tiritona y supuración a nivel de rodilla izquierda de dos días de evolución. A la exploración se observa MII con edema, calor, enrojecimiento y empastamiento desde región infrarrotuliana hasta raíz de miembro. Erosión cutánea supurativa en región prerrotuliana. En analítica destaca glucemia de 346 mg/dl, PCR 27.83 mg/dl, leucocitos 14690/ul, neutrofilia absoluta, hemoglobina 11.7g/dl. Se realizan radiografías de rodilla izquierda, en la lateral se observa aumento de partes blandas con disección entre el cuádriceps y el hueso y aspecto sucio del TCS. Se realiza interconsulta a Traumatología ante sospecha de artritis séptica, quienes efectúan artrocentesis sin poder extraer líquido, si bien sale contenido líquido en zona prerrotuliana que se manda analizar. Asimismo se envía hemocultivos. Se inicia tratamiento antibiótico empírico y tratamiento analgésico, ingresando el paciente en Medicina Interna con el diagnóstico inicial de infección de piel y partes blandas en rodilla izquierda, así como sospecha de artritis infecciosa en paciente diabético. Durante su ingreso se completa estudio con ecografía y TAC de MII. Actualmente continúa ingresado.

CONCLUSIONES:

Las infecciones de piel y partes blandas son un motivo frecuente de consulta en Urgencias, muchas de ellas pueden ser tratadas de forma ambulatoria, otras son más graves y requieren un reconocimiento y un manejo inmediato. Ante infecciones graves es importante la sospecha clínica. Las pruebas de imagen pueden ser útiles para determinar qué estructuras están afectadas pero no deben nunca retrasar la cirugía, por lo que ante la sospecha de necrosis se debe realizar desbridamiento quirúrgico sin pruebas de imagen previas. El tratamiento incluye antibioterapia empírica, fluidos y vasopresores en pacientes con inestabilidad hemodinámica y drenaje o desbridamiento quirúrgico. El uso de antibioterapia sin tratamiento quirúrgico se asocia a una mortalidad cercana al 100%. Debido a la celeridad que requiere el tratamiento de estos pacientes, los médicos de urgencias deben de estar familiarizados con su manejo.

P-2149

LA RIGIDEZ NO ENGAÑA

**A Gutiérrez García, MJ Noguera Marín, G García Ruiz-Calero,
E De Pablo Matesanz, A Conesa Guillén, P Sáez Bueno,
M Domínguez Rodríguez**

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: meningitis-headache-muscle rigidity

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 36 años sin RAMC, fumadora de un paq/día, no FRCV, con único antecedente de urticaria cutánea en tratamiento con Bilasten, alopecia no cicatricial e intervención de nódulos vocales. Acude a urgencias derivada desde su MAP por cefalea muy intensa con leve fotofobia y sensación de inestabilidad de una semana de evolución que se ha ido intensificando y no mejora con sulpiride, AINES ni paracetamol. Posteriormente se acompaña de sensación disfórica, mareo con pitido de oídos y sensación de desvanecimiento, interrumpiendo sus actividades laborales. En el día previo presentó vómitos, sin dolor abdominal. Refiere amnesia a corto plazo. Sensación de fiebre no termometrada. A su llegada presenta buenas constantes, destacando únicamente la exploración NRL: imposibilidad para caminar, desorientación temporal, amnesia lacunar, obedece órdenes. Romberg positivo, inestabilidad de la marcha, bajo centro de gravedad, lateralización izquierda. Dolor y contractura muscular región occipital con ligera rigidez nuchal (signo de Kernig dudosamente positivo). Sin hallazgos analíticos ni radiológicos de interés durante su estancia en observación mejora clínicamente con paracetamol, valorándose alta hospitalaria. Sin embargo se objetiva pico febril y alteración en el pensamiento y el lenguaje, por lo que se solicita TAC cerebral sin alteraciones decidiendo realizar punción lumbar cuyos datos estaban dentro de la normalidad. No obstante se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona con mejoría parcial. A pesar de los resultados, bajo la sospecha del clínico de urgencias se decide ingreso a cargo de neurología. Evolución tórpida, precisando medidas invasivas. Tras múltiples pruebas y tratamientos empíricos se consigue diagnóstico de encefalitis límbica secundaria a teratoma ovárico con Ac AntiNM-DA positivos.

CONCLUSIONES:

A pesar de tratarse de una paciente joven con clínica neurológica sin clara focalidad, cuya cefalea acusaba a contractura muscular por ser deportista, la evolución refleja la importancia de la exploración física, así como la alta sospecha clínica, no siendo necesario un diagnóstico de certeza. Por tanto, la impresión en ese primer contacto en urgencias y la decisión de ingreso fue definitivo en el pronóstico de la paciente.



CASOS CLÍNICOS

P-2150

CISTITIS TRAICIONERA

G García Ruiz-Calero, MJ Noguera Marín, A Gutiérrez García,
A Conesa Guillén, E De Pablo Matesanz, P Sáez Bueno,
M Domínguez Rodríguez

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: hematoma-subdural-cystitis

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 80 años, anticoagulada con sintrom por flutter auricular, sin otros antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por alteraciones conductuales de una semana de evolución. La familia cuenta aumento de la frecuencia miccional desde hace unos días. A la exploración neurológica se observa: desorientación en espacio, bradipsiquia, tendencia al sueño, disminución del balance muscular en miembros inferiores (3/5) respecto a estado basal (4+/5 con bastón de apoyo) que le impide la deambulación, sin alteraciones en pares craneales ni sensitivas, apraxia en prueba dedo-nariz, sin signos meníngeos. Se realiza analítica de orina, donde se hallan datos compatibles con cistitis aguda. Al reinterrogar a la familia, cuentan también caídas de repetición en domicilio desde hace varias semanas por inestabilidad de la marcha. Se pide TC cerebro donde se encuentran colecciones extraaxiales subdurales bilaterales de aspecto crónico y signos de sangrado reciente en el lado derecho, que producen efecto masa con desviación de la línea media hacia la izquierda y signos incipientes de herniación del uncus temporal derecho. Dados estos hallazgos se avisa a neurocirugía para intervención urgente mediante trépano y evacuación.

CONCLUSIONES:

Aunque la clínica neurológica leve es frecuente en las cistitis en población de edad avanzada, debemos tener en cuenta sus antecedentes médicos y farmacológicos para llevar a cabo un amplio diagnóstico diferencial, realizando una anamnesis exhaustiva para descartar patología urgente, como en el caso de nuestra paciente.

P-2152

DOCTORA, ME ATRAGANTO AL COMER

I Adanero Calvo (1), S Solas Ruiz (2), L Maraví Álvarez (3),
A Arribas Cerezo (2), C Arina Cordeu (1), JL Cepeda Blanco (1),
JJ Jurío Burgui (1)

(1) C. S. Ermitagaña. Pamplona. (2) C. S. Barañáin. Navarra.
(3) C. S. Iturrana. Pamplona

PALABRAS CLAVE: myasthenia gravis-autoimmune diseases of the nervous system-nervous system diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 49 años sin AP de interés. Acude a servicio de Urgencias por disartria y disfagia intermitente de 3 meses de evolución que desde hace 15 días se ha transformado en diaria. Los síntomas empeoran a lo largo del día y mejoran con el descanso. Precisa alimentarse con dieta blanda desde hace 1 mes por lo que ha perdido 8-10 kg en 3 meses que atribuye a disminución de la ingesta secundario a la disfagia. No alteración visual ni de movilidad ocular. No pérdida de fuerza o sensibilidad en extremidades. Ha tomado por iniciativa propia corticoterapia sin mejoría del cuadro. En servicio de ORL le han realizado estudio con nasofibroscopio donde se observa importante rinorrea posterior, signos de RGE e hiperqueratosis interaritenoides sin otra patología. Al ser valorado por Neurología objetivan una disminución en la elevación del velo paladar derecho y dificultad para la movilización del músculo buccinador sin presentar debilidad ni fatigabilidad en otro grupo muscular por lo que deciden ingreso en planta a su cargo para continuar estudio. Se realiza TAC y RMN craneal con resultado normal. Radiografía y TAC torácico normal descartando timoma. Se realiza analítica de sangre donde se objetivan anticuerpos antireceptores de acetilcolina positivos y antiMuSK negativos. Electroneurograma normal y electromiograma compatible con trastorno de la transmisión neuromuscular. Se realizó test de estimulación repetitiva en nervio cubital con resultado normal. Se inicia tratamiento con piridostigmina y corticoides orales con mejoría progresiva de la clínica por lo que se decide dar de alta al paciente de Neurología con diagnóstico de MIASTENIA GRAVIS BULBAR en tratamiento con piridostigmina, corticoides en pauta descendente y azatioprina.

CONCLUSIONES:

La miastenia gravis se trata de una patología autoinmune muy poco frecuente. Presenta una distribución epidemiológica bimodal entre los 20-30 años y los 60-80. Presenta una clínica típica de debilidad muscular asociado generalmente a fatigabilidad. Es fluctuante, lo que ayuda a distinguirla de otras patologías como miopatías o enf. moto-neurona. El diagnóstico habitualmente es clínico añadiendo estudio electrofisiológicos y de autoanticuerpos. En un paciente con miastenia se debe descartar la presencia de timoma y de enfermedades autoinmunes puesto que existe asociación entre ellos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2154

SÍNDROME MENÍNGEO TRAS INFUSIÓN DE INMUNOGLOBULINAS

E Montero Romero, F Ruiz Ruiz, C Gallego Casado, E Pérez García,
C Palacios Gómez, JM Camero Macías, JF Rodríguez Fernández

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: aséptica-meningitis-inmunoglobulinas

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 36 años con antecedente de trombopenia autoinmune primaria con corticodependencia. Se decide infusión intravenosa (iv) de inmunoglobulinas (Ig) para control del cuadro. Acude a urgencias 8 horas después por cefalea holocraneal que empeora con Valsalva y rigidez de nuca. Afebril, hemodinámicamente estable, sin focalidad neurológica ni signos meníngicos y con Glasgow = 15 puntos. Dadas la normalidad de analítica sanguínea y TC craneal se decide punción lumbar con salida de líquido claro y con gran celularidad (1200 células, 80% PMN), proteínas 0,59 g/l y glucosa 0,68 g/l. Ante los hallazgos se inicia antibioterapia con ceftriaxona y ampicilina. Dado el cuadro clínico presentado (cefalea y rigidez de nuca persistente), parece clara la necesidad de descartar una infección del sistema nervioso central (SNC) en primer lugar dada la gravedad de este cuadro y/o alguna afectación del SNC de etiología no infecciosa. Ya en planta se recibieron los resultados de todas las pruebas microbiológicas solicitadas en LCR, siendo todas negativas. De modo que ante la clínica del paciente, los resultados analíticos y microbiológicos, y el tratamiento previo se llegó al diagnóstico final de meningitis aséptica tras la infusión iv de Ig. Se retiraron los antibióticos y la evolución fue favorable, quedando asintomático a las 48 horas.

CONCLUSIONES:

La administración de Ig iv es un tratamiento utilizado frecuentemente en enfermedades de perfil autoinmune. Se han descrito variadas reacciones de intolerancia, como cefaleas, que se inician durante el primer día de la infusión y suelen controlarse con analgésicos. Infrecuentemente, llega a ser muy intensa, o forma parte de una meningitis aséptica en las 72 horas iniciales. En diferentes estudios se han establecido prevalencias entre 11-20% en pacientes que recibían Ig a altas dosis y con ritmo de infusión elevado. El problema fundamental de esta entidad es el diagnóstico diferencial que plantea con la meningitis bacteriana, con características en LCR muy similares en ambos casos (pleocitosis neutrofílica, proteínas elevadas y glucosa normal). El curso clínico es breve y habitualmente benigno. La prehidratación, los analgésicos, ritmo de infusión bajo y una dilución al 3% son medidas eficaces para prevenir la aparición del cuadro. Los corticoides no aportan grandes beneficios.

P-2155

RESPIRACIÓN DE KUSSMAUL + GLUCEMIA CAPILAR HI = CAD

FJ Perdomo García, S Díaz Ramírez

Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: cetoacidosis-diabetes-hiperglucemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 48 años que es traído por un amigo al servicio de urgencias por mal estado general y respiración dificultosa. Interrogatorio difícil por barrera idiomática y sordomudo, pero indirectamente refiere haber presentado mareos, vómitos. Niega fiebre y cualquier otra clínica infecciosa. Niega incumplimiento del tratamiento. ANTECEDENTES MÉDICOS 1. DM tipo 1 con mal control metabólico (HbA1c 15.4%?10.7% en noviembre 2016). No signos de Nefropatía, ni retinopatía. Tratamiento habitual: Insulina Lantus 0-0-26 Insulina Apidra Solostar: 3-3- 3. Situación basal: Paciente sordomudo. Vive solo, con apoyo de amigos. No familia en España. Origen marroquí. Examen Físico: TA:127/96 mmHg. FC:122 lpm. SatO2:98%. Deshidratado, con mucosa oral seca, desnutrición proteico calórica. Aparato Cardiovascular: RC rítmicos, sin soplos. Respiratorio: MV conservado. No agregados. FR: 30 rpm, respiración profunda y jadeante (Kussmaul). Pruebas Complementarias: Gasometría Venosa: pH: 6,98. BS: 7,4 mmol/L. EB: -25,8 mmol/L. Na: 125 mmol/L. K: 6.2 mmol/L. Cl: 95 mmol/L. Anión GAP: 30 mmol/L. Hb: 15,6 g/dL. Leucocitos: 5,8x10e3. PCR: < 2,9 mg/L. Glucosa: 688 mg/dL. Orina: glucosuria 4+, cetonuria 5+, resto normal. Radiografía de Tórax: Alteraciones inespecíficas del parénquima pulmonar. Diagnóstico definitivo: Cetoacidosis diabética en paciente diabético tipo I, por incumplimiento terapéutico. Se inicia insulino terapia por infusión continua, reposición hidroelectrolítica y administración de bicarbonato para corrección de equilibrio ácido-básico. Finalmente ingresa en la UVI, para continuar tratamiento y vigilancia y dado de alta del centro hospitalario.

CONCLUSIONES:

La cetoacidosis diabética es una complicación grave de Diabetes Mellitus, siendo más frecuente en pacientes insulino dependientes, en este caso debido a la gran dificultad de comunicación por las características del paciente, la presentación clínica hizo sospechar inmediatamente su presencia, el tratamiento adecuado se basa en reponer de forma inmediata y eficaz el déficit absoluto de insulina, corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos presentes y los derivados del inicio del tratamiento insulínico, descartar las causas desencadenantes y corregirlas, en este caso el incumplimiento terapéutico.



CASOS CLÍNICOS

P-2156

DOCTOR, NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS

S Guzmán Martínez (1), P Javaloyes Victoria (2),
A Aguado Castaño (3), MC Molina Alcántara (1)

(1) C. S. San Blas. Hospital General de Alicante. (2) Hospital General de Alicante.
(3) C. S. San Vicente I. Hospital General de Alicante

PALABRAS CLAVE: compresión de la médula espinal-neoplasias de la próstata-metástasis de la neoplasia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 83 años que presenta desde hace 5 días pérdida de fuerza y sensibilidad progresiva de miembros inferiores, asociado a lumbalgia y anuria con dificultad para defecar. Desde hace menos de un mes está en estudio por parte de urología por PSA alto, pendiente de biopsia prostática en 15 días. **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Abdomen distendido con hepatomegalia crónica y globo vesical. Paraparesia a nivel de T10 con pérdida de fuerza y tono flácido en miembros inferiores. Anestesia distal desde hemiabdomen inferior. Reflejos osteotendinosos de miembros inferiores abolidos y Babinski positivo. Analítica sanguínea normal RMN urgente: Próstata agrandada con adenopatías retroperitoneales. Afectación multifocal del esqueleto axial con lesiones en D5 a D7 y cuerpo vertebral D10. Infiltración de canal raquídeo y efecto masa sobre médula. Foco de mielomalacia a nivel de D6. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** *NEOPLASIA PROSTÁTICA CON METÁSTASIS ÓSEAS *COMPRESIÓN MEDULAR POR FRACTURA VERTEBRAL *MIELITIS TRANSVERSA **EVOLUCIÓN:** Ante síndrome de compresión medular instaurado se inicia corticoterapia con dexametasona urgente y se realiza sondaje vesical para evitar globo vesical. Se solicita RMN de urgencias, con los hallazgos comentados. Desestimada intervención por presencia de mielomalacia instaurada, se decide iniciar radioterapia urgente y se inicia tratamiento con zolenodrato y anitandrogénicos. Pese a tratamiento radioterápico, no se consigue mejoría de fuerza y tono de extremidades inferiores, con leve mejoría de a nivel sensitivo. Ingresa para completar estudio de neoplasia. **JUICIO CLÍNICO:** NEOPLASIA PROSTÁTICA CON METÁSTASIS ÓSEAS + Síndrome DE COMPRESION MEDULAR.

CONCLUSIONES:

El síndrome de compresión medular aparece en el 5-10% de los pacientes con cáncer. Es una emergencia oncológica. El dolor de espalda es el síntoma más frecuente, y puede aparecer meses antes de las alteraciones neurológicas. El diagnóstico precoz y el tratamiento rápido pueden ayudar a preservar la función neurológica. La resonancia magnética es la prueba diagnóstica de elección con elevada exactitud (95%). El tratamiento busca aliviar el dolor, preservar o mejorar la función neurológica, estabilizar la columna, control local del tumor y mejorar la calidad de vida. Existen varias opciones terapéuticas que se deben aplicar precozmente, solas o combinadas, como son corticoides sistémicos, radioterapia y cirugía.

P-2157

DEATH IS COMING (DIC). APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTE CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

L Parrilla Navamuel, D Carro Herrero, P Sánchez-Aguilera,
M Prieto Giráldez, S Moreno Ramírez, S Daza Pozo, R Rubio Díaz
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: disseminated intravascular coagulation-consumption coagulopathy-blood coagulation disorders

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 85 años que acude al Servicio de Urgencias por síncope. Como antecedentes presenta fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, deterioro cognitivo leve e hipoacusia severa. En tratamiento con Dabigatrán, Atorvastatina, Carvedilol, Seguril, Omeprazol, Adiro y Paracetamol. Acude a Urgencias por mareo de tipo inestabilidad de un día de evolución, seguido de pérdida de conocimiento. Caída desde su propia altura con traumatismo craneoencefálico. No presentó movimientos tónico clónicos ni pérdida de control de esfínteres. No ha presentado otra sintomatología acompañante. A la exploración, hemodinámicamente inestable (presión arterial: 80/40 mmHg, afebril, frecuencia cardíaca: 140 lpm), regular estado general, desnutrido, deshidratado y con palidez mucocutánea. Auscultación cardíaca arritmica. Resto de exploración anodina. En la analítica destaca anemia, hipofibrinogenemia y aumento de dímero D. Electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC cerebral sin hallazgos de interés. Se realiza angio-TC objetivándose aneurisma sacular en iliaca común derecha con signos de ruptura contenida. Por tanto, nos encontramos ante un caso de aneurisma iliaco derecho trombosado con coagulación intravascular diseminada (CID) secundaria. El paciente es valorado por Cirugía Vascular y es intervenido de urgencia. Tras resolverse la causa etiológica, las alteraciones analíticas se ajustan a sus valores normales.

CONCLUSIONES:

- Ante la presencia de inestabilidad hemodinámica, se debe investigar la causa etiológica. - En urgencias debemos sospechar CID ante inestabilidad, trombosis y hemorragias. Así como, trombocitopenia, prolongación en los tiempos de coagulación, bajo fibrinógeno y elevación del dímero D. - El papel del dímero D en el diagnóstico presenta elevada sensibilidad pero baja especificidad. - El diagnóstico diferencial de CID comprende la enfermedad hepática, trombocitopenia por heparina y púrpura trombótica trombocitopénica. - Para la reintroducción de anticoagulación, se debe considerar el riesgo de sangrado y trombosis por lo que se utilizan las escalas HASBLED y CHADSVASC. - La CID conlleva una mortalidad del 40 al 80%, hay que sospecharla y tratar el desencadenante de forma inmediata. - Criterios generales para intervención aneurisma aorta: sintomático o asintomático si diámetro mayor o igual a 55 mm. - Se debe alertar a la Unidad de Cuidados Intensivos y comenzar con medidas de estabilización hemodinámica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2158

UN OCUPANTE INESPERADO. MANEJO Y DIAGNÓSTICO DE LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO CEREBRALES EN URGENCIAS

L Parrilla Navamuel, S Serrano Gómez, D Carro Herrero,
M Rubio Mellado, P Muñoz Gómez, MA Muñoz Núñez, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: toxoplasmosis-brain neoplasm-AIDS related opportunistic infections

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Caso 1: Mujer de 41 años con antecedentes de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Acude a urgencias por mareo tipo inestabilidad de una semana de evolución. Asocia pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho y cefalea opresiva hemiraneal derecha. Niega vómitos u otra sintomatología. A la exploración, temperatura 37.8°C, hemianopsia bilateral izquierda, claudicación de hemicuerpo derecho, dismetría miembro superior derecho y arrastre de pie derecho en la marcha. En la analítica se objetivan 2900 leucocitos, 137000 plaquetas y 11.7 hemoglobina. En TC cerebral se observan lesiones nodulares múltiples supratentoriales (patrón de realce en anillo) e infratentoriales (patrón homogéneo) con edema perilesional con efecto masa sobre el parénquima cerebral subyacente. El examen oftalmológico es sugestivo de microangiopatía asociada a virus de inmunodeficiencia humano (VIH). Se diagnostica a la paciente de VIH+ (CD4 60) con toxoplasmosis cerebral. Caso 2: Varón de 85 años con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular anticoagulada y encefalopatía subcortical multifocal. Acude a urgencias por dos episodios de movimientos tónico clónicos en extremidades de tres minutos de duración. Asocia pérdida de fuerza brusca en miembros derechos hace una semana. No presenta otra sintomatología. A la exploración, obnubilado, reactivo ante estímulos verbales, crisis clónicas en hemicuerpo izquierdo con fuerza conservada en territorio derecho. En la analítica destaca CK de 26. En TC cerebral se observan tres lesiones nodulares con realce en anillo en la unión cortico-subcortical derecha sugestivas de metástasis. La lesión en gyrus post-central presenta realce milimétrico nodular, posible cisticercosis. Se realiza fibrobroncoscopia y se diagnostica al paciente de cáncer broncogénico con metástasis cerebrales.

CONCLUSIONES:

- Las lesiones ocupantes de espacio (LOEs) cerebrales más frecuentes son tumorales (metástasis (suelen ser múltiples y localizarse en la unión cortico-subcortical)). Otras causas son abscesos, toxoplasmosis, linfoma cerebral primario o malformaciones arteriovenosas. - Para realizar un correcto diagnóstico debemos incidir en antecedentes personales y epidemiológicos (inmunosupresión, tumores, áreas endémicas, etcétera). - El diagnóstico radiológico no es específico. La etiología infecciosa puede simular metástasis. - El diagnóstico semiológico es extenso: cefalea, focalidad neurológica, disfunción cognitiva o convulsiones. - El tratamiento depende de la etiología de la lesión (cirugía, radioterapia, etcétera). Ante signos de hipertensión intracraneal debemos iniciar corticoterapia.

P-2159

CEFALEA Y CUADRO PSICÓTICO EN PACIENTE JOVEN COMO DEBUT DE ENCEFALITIS POR VIRUS DE LA TOSCANA

R Lorenzo Álvarez, A Ollero Ortiz, L Canchaya Iglesias,
A Lara Fernández, E Castillo Espinosa, I García Caballero, A Ruz Zafra

Hospital Serranía de Ronda. Málaga

PALABRAS CLAVE: meningoencephalitis-psichomotor agitation-Toscana virus

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 37 años sin antecedentes personales, que acude a Urgencias el 1 de Octubre de 2016 por episodio de 24 horas de cefalea frontal opresiva resistente a analgésicos. Aparición progresiva de vómitos, disartria y cuadro psicótico con importante agitación psicomotriz, que requiere sedación e ingreso en UCI. Analítica de sangre y neuroimagen normal, salvo tóxicos en orina positivos para cocaína y cannabis, a pesar de negar su consumo. Tras pico febril se realiza punción lumbar que evidenció pleocitosis linfocitaria con hiperproteínorraquia y glucorraquia normal. Tras 48 horas en UCI en tratamiento empírico con Aciclovir y mejoría progresiva ingresa en planta. Cultivo y serología de LCR para virus herpéticos, enterovirus, y anticuerpos anti-receptores de glutamato (NMDA) negativos, siendo positivo para Virus de la Toscana (TOSV).

CONCLUSIONES:

El Virus de la Toscana es una causa infrecuente (0,4%) de meningoencefalitis aséptica en España, siendo las más frecuentes las causadas por Enterovirus (28,4%), VHS-1 (5,5%) y VZV (4,9%). Es la única arbovirosis descrita en nuestro país. Se observa una mayor incidencia en los meses de verano y en adultos jóvenes. El 70% de los casos tiene un inicio agudo con fiebre, cefalea frontal, signos meníngeos y curso benigno. Con menor frecuencia puede cursar con encefalitis, mostrando un amplio espectro clínico. Los síntomas neuropsiquiátricos se han descrito como debut de estos cuadros, siendo el más frecuente la agitación psicomotriz con agresividad, que cuando no se acompañan de síntomas neurológicos focales, dificultan la sospecha de encefalitis. Es importante incluir en el diagnóstico diferencial la encefalitis herpética y por NMDA, ya que son la principal causa de trastorno neuropsiquiátrico secundario a encefalitis, y por las implicaciones terapéuticas que conllevan. En el TOSV el diagnóstico se basa en la serología específica en sangre y LCR, no existiendo un tratamiento específico. En conclusión, ante un paciente joven previamente sano, con cuadro de agitación psicomotriz aguda nos obliga a considerar la posibilidad de una encefalitis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2160

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO SECUNDARIO A TETRABENAZINA EN ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

R Lorenzo Álvarez, A Ollero Ortiz, L Canchaya Iglesias,
I Gallardo Romero, L Benítez Jiménez, F Gil Montes, I Jiménez Carrillo

Hospital Serranía de Ronda. Málaga

PALABRAS CLAVE: neuroleptic malignant syndrome-tetrabenazine-Huntington's disease

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 42 años, con Enfermedad de Huntington (EH) avanzada, en tratamiento con Tetrabenazina 75mg, Paroxetina 20mg, Trazodona 250mg, Lormetazepam 2mg y Omeprazol 20mg. A raíz de empeoramiento de corea en las últimas 24 horas, se administró en domicilio dosis suplementaria de Tetrabenazina. Acude a Urgencias por disminución del nivel de conciencia (GCS 10), fiebre (38,8), taquicardia, taquipnea, sudoración y rigidez generalizada en tubo de plomo. Se detecta hiperCKemia de 2899, resto de estudios analíticos normales, incluyendo procalcitonina. Neuroimagen y punción lumbar negativa. Se diagnostica de Síndrome Neuroléptico Maligno secundario a tratamiento con Tetrabenazina. Se administra tratamiento precoz con Dantroleno intravenoso y retirada del fármaco precipitante, siendo dada de alta con resolución completa del cuadro a los 4 días.

CONCLUSIONES:

El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una urgencia médica potencialmente mortal (11,6%), inducido por fármacos que alteran la neurotransmisión del sistema dopaminérgico, principalmente por neurolepticos clásicos, aunque también pueden producirlo fármacos como los antieméticos y antihistamínicos. Se trata de una reacción idiosincrásica que aparece a las pocas semanas de iniciar dicho tratamiento o tras aumento de dosis en tratamientos crónicos. Se caracteriza por rigidez muscular grave, alteración del nivel de conciencia y disautonomía con fiebre, sudoración, taquicardia, taquipnea y labilidad de la tensión arterial. Se produce un aumento de la creatinquinasa (CK) como consecuencia de la rabdomiolisis secundaria a la rigidez. El tratamiento de elección es la retirada del fármaco precipitante, medidas de soporte vital y administración de fármacos como Bromocriptina u otros agentes dopaminérgicos. El Dantroleno está indicado en casos de gravedad. La Tetrabenazina induce la depleción de neurotransmisores monoaminérgicos, entre los que se encuentra la dopamina, siendo la responsable de la mayoría de los efectos secundarios, los más comunes: somnolencia (25%), parkinsonismo (15%), depresión (7%) y acatisia (7%). Se han descrito casos de SNM en pacientes en tratamiento crónico con Tetrabenazina, bien tras su retirada brusca o por aumento de dosis, en pacientes con o sin EH. La coexistencia con otros factores de riesgo como la deshidratación, procesos infecciosos o el tratamiento concomitante con otros fármacos depletores de monoaminas como los ISRS pueden favorecer el cuadro.

P-2161

ANCIANO CON PÚRPURA Y REPERCUSIÓN SISTÉMICA

J Puerma Ruiz, S López De Rego García-Arquimbau,
M Privitera Torres, B Sánchez Álamo, L López Brasal,
S Sánchez de la Torre

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: púrpura de Schoenlein-Henoch-vasculitis-púrpura

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 98 años derivado desde residencia por lesiones purpúricas y dolor en MMII. Como antecedentes personales tenía: ERC estadio 4, anemia ferropénica, marcapasos por BAV y un reciente ingreso por ITU (E.Coli, tratada con ciprofloxacino) la semana anterior. A la exploración física hemodinámicamente estable, se observan las lesiones purpúricas de 1-1.5 cm en piernas y muslos, con crepitantes bibasales en la AP. En la analítica no hubo alteraciones del hemograma, ni de la coagulación, sin alteraciones relevantes de su función renal y únicamente destacaba una mioglobina elevada. Durante su estancia en urgencias tuvo aumento de su disnea basal con trabajo respiratorio, por lo que se le realizó una placa de torax en la que se objetivó derrame pleural izquierdo. Por la sospecha de enfermedad autoinmune vascular y afectación clínica se inició tratamiento con Metilprednisolona iv. Una vez en planta, sufre importante deterioro clínico y analítico llegando a presentar Hb: 6,4 mg/dl, creatinina de 3,75 mg/dl y dolor abdominal, por lo que se decide aumentar dosis de corticoides. Se le transfundieron 2 concentrados de hematíes por la disminución de 5pts en el hemograma, cuya causa no pudo conocerse de forma cierta, pudiendo ser debida en parte a un dudoso episodio de melenas que tuvo durante el ingreso y en parte al proceso que motivó su ingreso. Se solicitan pruebas de autoinmunidad con ANCA de p. atípico y serología negativa. Se realiza biopsia cutánea, con resultado de vasculitis leucocitoclástica con una inmunofluorescencia con depósitos de IgA, IgM y C3 en plexo vascular superficial sugestivos de una púrpura de Schoenlein-Henoch. Debido a la edad del paciente, se decide no realizar pruebas invasivas como biopsia renal y colonoscopia para confirmación de resultados. Dándose de alta, tras mejoría clínica y analítica con pauta descendente de corticoides.

CONCLUSIONES:

La púrpura Schoenlein-Henoch es una vasculitis de afectación sistémica, de predominio en niños, que produce púrpura palpable, dolor abdominal, enfermedad renal y artralgias. Es una entidad rara en adultos que cuando se da tiene mayor afectación renal como es el caso de este paciente, con buen pronóstico tras adecuado tratamiento con corticoides.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2163

UNA HEMORRAGIA INUSUAL

**Al Seoane Novás (1), H Molina Raga (2), A Adloff Alonso (2),
M Bernuz Rubert (1), L Ribadulla Nogueira (2),
M Ramón Montánchez (2), A Campo Jiménez (1)**

(1) Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. (2) Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia

PALABRAS CLAVE: hemorragia-sistema digestivo-aneurisma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de Consulta: Mujer de 43 años que acude a urgencias por rectorragia con coágulos y vómitos ?en posos de café?, seguido de nuevo episodio de rectorragia con mareo y síncope. Niega dolor abdominal. No melenas ni alteraciones en el ritmo deposicional. No ingesta previa de AINEs. Antecedentes: RAM: eritromicina. No FRCV. IQ: Cx bypass gástrico. Colectectomía. Cesárea. Doble anexectomía y exéresis de endometrioma umbilical (06/09/16). Resección intestinal (por isquemia) con reintervención por cierre de pared (09/09/16). En sala, episodio de rectorragia y melenas. En EDA: úlcera anastomótica sin sangrado activo. Tto: tardyferon, hydroferol y omeprazol 20 mg/d. Exploración física: Palidez, TA 114/75 mmHg sin taquicardia. ACP: rítmica, sin soplos. Mvc. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. MMII: pulsos pedios presentes y simétricos. Tacto rectal: ampolla con restos hemáticos en jarabe de grosella. Manejo en Urgencias: ECG: ritmo sinusal a 88 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Analítica: Hb 8.0 g/dl. Urea: 18 mg/dl. Cr 0.73 mg/dl. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. Colocación de SNG y perfusión omeprazol. En hª clínica, TC abdominal con contraste del día previo (sin informe). Diagnóstico diferencial: HDB vs. HDA.

CONCLUSIONES:

Resultados: SNG: restos alimenticios. TC abdominal: pseudoaneurisma de 4,2 x 4,1 cm en AMS con drenaje venoso mesentérico a sistema portal. Contacto amplio con asa de yeyuno y contenido hiperdenso distal en asas de ID sugestivo de fistulización a tubo digestivo. EDA: sin hallazgos patológicos. Transfusión de 2 CH. Diagnóstico final: Pseudoaneurisma de AMS con probable fistulización a intestino delgado. Tratamiento final: Tras transfusión en Ux y EDA, traslado a REA para tto endovascular (embolización + 2 stents). Control angiográfico con permeabilidad del stent y adecuada exclusión del pseudoaneurisma. Buena evolución clínica.

P-2164

CONSECUENCIAS DE UNA EXPLORACIÓN EN PROFUNDIDAD

**P Matías Soler, P Mostaza Gallar, JL Lechuga Martos,
MJ Cardeñosa Cortés, F Beddar Chaib, D Chaparro Pardo,
R Cuervo Pinto**

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: rotura esplénica-colonoscopia-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 63 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, apendicectomía, peritonitis hace 20 años. Acude a nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal tras colonoscopia esa misma tarde. No presenta náuseas, vómitos ni alteración del ritmo intestinal, no fiebre. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable. Exploración física: regular estado general, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, no masas ni organomegalias, dudosa irritación peritoneal, RHA conservados. Resto exploración sin interés. Durante su estancia en la urgencia el paciente presenta bruscamente hipotensión y taquicardia. Pruebas complementarias: Hb 15.2, leucocitos 18.300, neutrófilos 86%, PCR 0,3, lactato 6,6. Resto analítica sin hallazgos. Rx abdomen: no neumoperitoneo, ni distensión de asas. Ante la inestabilidad hemodinámica se decide realizar TAC abdominal que muestra rotura esplénica grado III y hemoperitoneo por lo que se avisa a cirugía general decidiéndose tratamiento quirúrgico urgente.

CONCLUSIONES:

La rotura esplénica tras una colonoscopia es una complicación poco frecuente con una incidencia de 1-21/100,000 y escasamente descrito en la literatura. El retraso de su diagnóstico es frecuente y la principal causa del aumento de morbilidad asociada. Las pruebas diagnósticas invasivas llevan asociadas una serie de efectos secundarios indeseables, variables en frecuencia y con un amplio espectro de gravedad, que nunca debemos olvidar a la hora de valorar a un paciente en urgencias en cuya anamnesis destaque la realización reciente de alguna de estas pruebas. Contemplar lo poco frecuente, pero extremadamente grave, puede facilitar su confirmación o descartar temprano y evitar un peor pronóstico en dichos pacientes. En este paciente si no hubiera presentado inestabilización hemodinámica no se hubiera realizado una prueba de imagen temprana y la consiguiente intervención quirúrgica, con el consecuente retraso diagnóstico y terapéutico y un desenlace probablemente poco deseable en la práctica profesional personal.



CASOS CLÍNICOS

P-2165

CRISIS CARCINOIDE EN URGENCIAS

**ML Martín Jiménez, M Soriano Segura, A Ruiz Casado,
E Montero Hernández, P Molina Ávila**

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

PALABRAS CLAVE: lung carcinoid-emergency-octreotide

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Objetivo Describimos un caso de crisis carcinoide en paciente con tumor carcinoide pulmonar. Material/ pacientes y método Varón de 68 años diabético tipo 2 y diagnosticado de tumor carcinoide pulmonar de bajo grado estadio IV por afectación hepática y ósea hace 1 año. Cromogranina A al diagnóstico 51.020 ng/ml (0-84,7). En tratamiento con insulina y con análogos de somatostatina (octreótide) intramuscular. Enfermedad estable, sin evidencia de progresión clínica, analítica ni en pruebas de imagen. Última determinación de cromogranina A 4897 ng/ml, un mes antes de su consulta en Urgencias. Acude a Urgencias por cuadro de 48-72 horas de evolución consistente en disnea, desaturación, flushing facial y en región anterior del tórax, hiperhidrosis moderada e hipoglucemia sin necesidad de administrar insulina. A la exploración muy mal estado general, TA 85/45 mmHg, taquipneico a 40 rpm, FC 120 lpm, glucemia 54 mg/dl, T° 38 ° C, hiperhidrosis generalizada y rubefacción facial llamativa, obnubilado. Hepatomegalia dolorosa. Resultados En analítica destaca glucemia venosa 51 mg/dl, fracaso renal (creatinina 3.74 mg/dl, urea 208 mg/dl), hepático (Bilirrubina 5.8 mg/dl, ALT 62 U/L, AST 605 U/L, GGT 397 U/L), coagulopatía con INR 1.79 y lactato de 4.2 mmol/l. Se realiza TC de abdomen que no muestra cambios en cuanto a la afectación hepática y ósea ya conocida. Se inicia tratamiento con octreótide intravenoso a dosis altas sin éxito, produciéndose el fallecimiento del paciente a las pocas horas de su llegada a Urgencias.

CONCLUSIONES:

El carcinoide pulmonar es una entidad poco frecuente, representando 1-2% de todos los tumores pulmonares. La mayoría son de localización central y no suelen producir clínica carcinoide, salvo que existan metástasis hepáticas, como es el caso de nuestro paciente, al verse disminuida la eliminación de aminos por el fracaso de la función hepática. Son tumores que expresan positividad para cromogranina A, sinaptofisina y CD 56. El grado de agresividad viene marcado por el índice proliferativo Ki 67. Es imprescindible realizar gammagrafía con octreótide (octeoscan) al diagnóstico para valorar la extensión de la enfermedad. La crisis carcinoide es muy poco frecuente, se trata de una entidad muy grave con elevada mortalidad incluso con tratamiento óptimo.

P-2166

CEFALEA PERSISTENTE... LO QUE NO ESPERAS QUE OCURRA

**MM Jiménez Casado, A Moreno Juste, B Sierra Bergua,
ME Navarro Aguilar, N Ramírez Domínguez, Z Mateo Segura,
J Navarro Calzada**

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hemorragia subaracnoidea-TC-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 44 años sin antecedentes de interés. Consulta por cefalea occipital de predominio derecho de tres días de evolución, sin respuesta a analgesia ni relación con esfuerzos y que le impide el descanso nocturno. No aumenta con maniobras de Valsalva, aunque empeora con los movimientos cefálicos. No asocia focalidad neurológica. Exploración física: PA 188/101 mmHg. Exploración neurológica sin alteraciones. Analítica sanguínea y TC craneal sin alteraciones. Tras valoración por Neurología y diagnóstico de cefalea tensional cervicogénica se va de alta con analgesia. Doce horas después regresa al hospital por obnubilación tras crisis tónica. Está consciente aunque hiporreactivo. Refiere intensificación de la cefalea y sufre nueva crisis junto con desaturación por lo que se procede a intubación orotraqueal. Se solicita nueva TC objetivando contenido hemático de características subaracnoideas en cisternas de la base y fosa posterior con hidrocefalia triventricular y componente edematoso en fosa posterior. ID: Hemorragia subaracnoidea (HSA). Se coloca PIC y se realiza angio-TC y arteriografía que muestra obstrucción segmento postbulbar de carótida interna derecha y aneurisma fusiforme de arteria vertebral derecha que se emboliza con stent y coils. Finalmente la evolución es desfavorable y fallece.

CONCLUSIONES:

La HSA constituye en ocasiones un desafío diagnóstico que implica intervenciones complejas y multidisciplinarias. Esta patología representa el 275% de los ictus, pero causa la muerte en el 25% de los casos. Solamente el 1025% de los pacientes que presentan cefalea súbita e intensa sufren una HSA y 7-20% debutan con crisis epilépticas. La causa más frecuente de la HSA no traumática son los aneurismas que se ubican hasta en el 15% en la unión de la arteria vertebral y cerebelosa posteroinferior. El rendimiento diagnóstico de la TC es aproximadamente del 90%, pero hasta en el 3% de los pacientes, la TC no muestra alteraciones. La punción lumbar con examen del LCR y el angio-TC permiten diagnosticar estos casos con la consecuencia de poder tratarlos sin demora. La existencia de un algoritmo estándar diagnóstico para ejecutar de Urgencia, adaptado al centro, que incluya punción, angio-TC y/o angiografía puede evitar casos tan desafortunados como el expuesto.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2167

UNA RARA CAUSA DE OFTALMOPLEJÍA DOLOROSA

**N García Alvarado, V Landaluce Pelligra, E García Tercero,
A Ávila Fernández, S García García**

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: Tolosa-Hunt syndrome-cavernous sinus-diplopia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de una paciente de 84 años, con hipercolesterolemia como único antecedente, que consulta por cefalea fronto-orbitaria izquierda de 20 días de evolución, de inicio progresivo, con presencia de ojo rojo izquierdo al inicio. Posteriormente refiere empeoramiento de cefalea, aumento con maniobras de valsalva, y diplopía con la levoversión de la mirada. A la exploración se observa una parálisis del VI par izquierdo, sin alteraciones en el resto de la exploración neurológica y sin otros datos anormales en la exploración general. Tras la realización de las pruebas complementarias indicadas en esta paciente, incluidas punción lumbar, parámetros analíticos inflamatorios e infecciosos, estudio inmunológico, serologías y pruebas de neuroimagen, únicamente se obtiene un engrosamiento meníngeo difuso de predominio izquierdo y un realce perineural del nervio óptico izquierdo, lo que nos permite excluir patología vascular, infecciosa, traumática o tumoral del seno cavernoso. Se instauró tratamiento con metilprednisolona iv. 250mg/día durante 3 días con mejoría progresiva de la clínica desde las primeras 12 horas de tratamiento hasta su completa resolución con recuperación completa de los movimientos oculares a los tres días. La paciente continuó tratamiento con corticoides orales durante dos semanas más y ha seguido revisiones en Neurología hasta la actualidad, sin presentar nuevos episodios.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Tolosa-Hunt es una rara afectación del seno cavernoso con una incidencia de un caso por millón de habitantes al año. Consiste en una inflamación de características granulomatosas de etiología desconocida, que condiciona un aumento de la presión a ese nivel con estrechamiento del canal y compresión progresiva de las estructuras que contiene. Suele manifestarse como dolor orbitario asociado a paresia de tercer, cuarto, o sexto par craneal que habitualmente conduce a diplopía. Con más frecuencia se presenta de forma unilateral, siendo bilateral en el 5% de los casos. La rápida respuesta al tratamiento en esta paciente, los resultados de las pruebas complementarias y la clínica progresiva típica que presentaba nos permitió establecer el Síndrome de Tolosa Hunt como diagnóstico más probable.

P-2168

CRISIS HIPERTENSIVA, TRATAMIENTO PRECOZ
Y CONSECUENCIAS DEL MISMO

I Ruiz del Álamo, I Ortega Bueno, A Aguilar García

Complejo Hospitalario de Granada

PALABRAS CLAVE: hypertension-stroke-vertebrobasilar insufficiency

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 69 años con antecedentes de diabetes bien controlada. Acude a urgencias por cuadro de cefalea intensa, punzante, que no cede con analgesia habitual. Se objetiva a la entrada tensión arterial (TA) de 245/120. El paciente pasa sala de sillones para control de dichas cifras tensionales. El primer tratamiento administrado es un bolo de labetalol de 20mg a pasar en 20 minutos. Se extrae analítica completa con bioquímica de orina, además de realizarse electrocardiograma y radiografía de tórax, ninguno de los cuales muestran alteraciones. La TA del paciente desciende en el transcurso de 1 hora a 118/62, cediendo la cefalea. Una vez resuelta la crisis hipertensiva, se explora al paciente neurológicamente, destacando imposibilidad de mantenerse en bipedestación, con cuadro de vértigo no rotatorio, Romberg positivo y aumento de la base de sustentación. A todo ello asocia cuadro de vómitos que se resuelven con decúbito supino. Se solicita tomografía computarizada (TC) cerebral, que no muestra hemorragias o lesiones isquémicas en parénquima cerebral. El paciente es derivado al Hospital de referencia para valoración por neurología, con sospecha de ictus vertebrobasilar, que no se evidenciaría en un TC normal, y se confirma tras realización en planta de angioTC y angiorresonancia magnética.

CONCLUSIONES:

Ante una crisis hipertensiva lo primero que se tiende a hacer es bajar la tensión con prontitud, muchas veces porque se desea un alta precoz. Debemos tener en cuenta que una crisis hipertensiva puede esconder una emergencia hipertensiva, con afectación de órganos diana, y que por ello se debe explorar exhaustivamente al paciente para descartarla. Un descenso rápido de la TA puede ser contraproducente, y por ello el descenso de la misma debe ser controlado y monitorizado. En este caso, no podemos asegurar que el ictus fuera provocado por dicho descenso de la tensión, causando isquemia en el territorio del tronco cerebral, o bien que dicha cefalea y elevación de la TA fuera una manifestación del mismo. Lo que sí sabemos es que en ninguno de los dos casos debería haberse descendido la TA de forma tan precoz.



CASOS CLÍNICOS

P-2179

CÓDIGO NARANJA: CRISIS DE ANSIEDAD

L Ribadulla Nogueira, G Hernández Comes, C Sala Sáinz,
P López Gisbert, M García-Fayos de Diego

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: tetania-hipocalcemia-deficiencia de magnesio

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Enfermedad actual: Mujer de 50 años que acude a urgencias por clínica brusca de sensación disneica, hiperventilación y rigidez de extremidades superiores, con imposibilidad para abrir las manos. No refiere cuadros similares previos. Refiere desde hace 4 meses aumento del volumen de las deposiciones, de consistencia líquida, precisando hasta 6 cambios diarios de la bolsa de colostomía. No refiere otra clínica asociada. Antecedentes personales: Síndrome coronario agudo en 2006 (Portadora de stent). Asma bronquial. SIDA. Ingresos por infecciones oportunistas (Neumonía P. Jiroveci). Condilomas acuminados. Ca.epidermoide de recto. Amputación abdominoperineal de recto, éxeresis perineal amplia. Recidiva tumoral 2016 con tratamiento con RT y QT. Carcinoma in situ de vulva 2014 (vulvectomy simple). Tratamiento habitual: pantoprazol 40mg, alprazolam 4mg, parche 25mcg fentanilo, paracetamol, salbutamol, bisoprolol 2.5mg. No cumplimenta tratamiento de VIH. Exploración física: TA: 112/72 mmHg, Sat. O2: 96%, FC: 135 lpm. Mal estado general. Contracción dolorosa e intensa de zona peribucal y miembros superiores, asociando espasmo carpiano (signo de Trousseau). Abdomen: bolsa de colostomía con heces verdosas líquidas. Resto de la exploración normal. Diagnóstico diferencial: -Trastorno psicógeno -Hipopotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia -Distonías agudas y discinesias tardías -Crisis parciales -Tétanos Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 150lpm, T picudas en precordiales Analítica sanguínea: -Urea 84 mg/dl, Creatinina:2.53 mg/dl. FG: 21 -Albúmina:3.3 g/dl, Calcio:5.3 mg/dl, Calcio corregido 5,86 mg/dl Resto de pruebas complementarias normales Juicio diagnóstico: Tetania por hipocalcemia Evolución: se inicia tratamiento con gluconato cálcico 10%, bolo inicial de 2ampollas en 100cc de s. glucosado 5% en 20 minutos, tras el cual la paciente presenta gran mejoría clínica, con desaparición de la rigidez. Posteriormente se inicia perfusión de calcio. Ante la difícil corrección de la calcemia se solicita magnesio, objetivándose una hipomagnesemia, siendo el diagnóstico final de hipomagnesemia grave con hipocalcemia y tetania secundarias por pérdidas digestivas.

CONCLUSIONES:

La tetania es una emergencia médica que plantea el diagnóstico diferencial con trastornos psicógenos y del movimiento. La sospecha y la actuación rápida nos permiten un tratamiento eficaz a una situación clínica que puede desencadenar en complicaciones graves. Una hipocalcemia que no se corrija pese a un correcto tratamiento obliga a determinar o tratar empíricamente con magnesio por la posibilidad de una hipomagnesemia asociada.

P-2180

BRADICARDIA, BRADIPSQUIA Y BRADILALIA

L Ribadulla Nogueira, P López Gisbert, M García-Fayos de Diego,
G Hernández Comes

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: hipotermia-trastornos parkinsonianos-bradicardia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Enfermedad actual: Mujer de 76 años que acude remitida desde atención primaria por bradipsiquia, parkinsonismo y bradicardia de 48 horas de evolución. Asocia además inestabilidad de la marcha y movimientos enlentecidos. Niega TCE. Cefalea crónica que no ha cambiado de características. No cambios en su medicación habitual. Antecedentes personales: HTA, hernia de hiato, estreñimiento crónico. Tratamiento habitual: enalapril/nifedipino 10/20, atenolol/clortalidona 100/25, omeprazol 40mg, Flatoril 1 cada 12horas de manera crónica, calcio+colecalfiferol, paracetamol a demanda. Situación basal:es independiente para las ABVD. Exploración física: TA: 90/50 mmHg, FC 34 lpm, SatO2 FiO2 0.21 97%, T° indetectable. Facies congestiva. AC: tonos bradicárdicos, rítmicos, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado Neurológico: consciente y orientada en las tres esferas, bradipsiquia y bradilalia, no disartrai, nomina y repite., obedece órdenes (lentitud). Rigidez en miembros superiores bilateral en rueda dentada, más marcada en lado derecho. Pupilas reactivas y simétricas. MOE conservados. No nistagmus. Fuerza y sensibilidad conservadas, no claudica. ROT rotuliano derecho presente, resto no. RCP flexor bilateral. No dismetrías, no rigidez de nuca. Pruebas complementarias: ECG: bradicardia sinusal a 35lpm. BAV primer grado. Analítica sanguínea y de orina, radiografía de tórax y TC craneal sin hallazgos. Juicio diagnóstico: Hipotermia. Síndrome Parkinsoniano farmacológico Evolución: se confirma temperatura indetectable y se procede a tratamiento con colocación de manta térmica. Existe una subida gradual de la temperatura paralela a la mejoría de la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y mejoría parcial de la bradipsiquia y bradilalia. La paciente era consumidora crónica de Flatoril, un fármaco antidopaminérgico en el que están descritos trastornos parkinsonianos como efectos secundarios, y que tras su retirada, la paciente mejoró sus síntomas parkinsonianos por los cuales consultaba inicialmente y los cuáles se habían acentuado a causa de la hipotermia.

CONCLUSIONES:

En los meses de invierno, los pacientes mayores que viven solos y no disponen de medios para el calentamiento del hogar están en riesgo de sufrir hipotermia por causa externa, que puede pasar desapercibida en un primer momento. Además el uso de medicación considerada en algunos casos como banal tiene efectos adversos que hay que tener presentes para un adecuado manejo y detección de complicaciones derivadas del uso de estos fármacos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2185

GLÁNDULAS ON FIRE

**MJ Cárdenas Isasi, S Otero Rodríguez, A Von Wernitz Teleki,
C del Arco Galán**

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: adrenal gland diseases-thyroid diseases-adrenal insufficiency

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 50 años diagnosticada de Enfermedad de Addison hace 10 años en tratamiento con hidrocortisona 10 mg 1?-5-1-0 y fludrocortisona 0?1 mg ½-0-0 con buen control ambulatorio sin haber requerido ingresos. No otras enfermedades ni tratamientos. Acude a nuestro servicio de urgencias por astenia y dolor abdominal difuso de tres semanas de evolución que ha ido empeorando progresivamente, asociando desde el día anterior vómitos y diarrea. Cuenta además pérdida de peso progresiva con palpitaciones y temblor fino distal desde hace meses. Llega con TA 90/40 mmHg FC 130 lpm (sinusal). A la exploración llama la atención deshidratación de mucosas moderada con coloración cetrina y temblor fino distal. ACP normal y abdomen blando pero doloroso a la palpación generalizada. Análiticamente destaca hipoglucemia (glucosa 40), hiperpotasemia (K^+ 5?7), hiponatremia (Na^+ 130) e hipercalcemia (Ca^{++} iónico 5?8) con acidosis metabólica. Con sospecha de insuficiencia suprarrenal aguda por crisis adisoniana, iniciamos tratamiento con sueroterapia intensiva (fisiológico y glucosado) y corticoterapia (actocortina 100 mg cada 8h). No obstante, dada la ausencia de claro desencadenante (control excelente durante años, buena adherencia al tratamiento, no factores estresantes, no proceso infeccioso) y dada la clínica acompañante descrita de meses de evolución, sospechando un posible hipertiroidismo autoinmune asociado, solicitamos perfil tiroideo urgente objetivando T4 de 10 ng/dL con TSH suprimida, iniciando por lo tanto tratamiento antitiroideo (neotomizol) y betabloqueante (propranolol 20mg/8h). Una vez estabilizada, ingresa en planta donde mejora progresivamente, determinándose positivos anticuerpos anti-TPO y antiTSHr impresionando el cuadro finalmente de un Síndrome poliglandular tipo II.

CONCLUSIONES:

La crisis suprarrenal aguda es una condición potencialmente letal. Requiere, por lo tanto, estar alerta y ajustar dosis en pacientes con terapia corticoidea habitual sometidos a posibles situaciones precipitantes y, si se establece la crisis a pesar de ello, iniciar un tratamiento sustitutivo adecuado e inmediato para evitar un probable desenlace fatal. Además, la aparición de alteraciones de tipo inmunitario en cualquier paciente debe hacernos estar atentos y sospechar de disfunción de otras glándulas ante cualquier indicio compatible de cara a tratamiento precoz dada la gravedad potencial que conlleva, habiendo que plantearse en este caso el diagnóstico de síndromes poliglandulares autoinmunes.

P-2187

SIEMPRE SUCEDE EN LA SALA DE ESPERA...

**E Gutiérrez Madrid, F Beddar Chaib, MI Perea Casado,
MJ Cardeñosa Cortés, M Pérez Molina, C Fernández Alonso,
R Cuervo Pinto**

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: hipocalcemia-síncope-tiroidectomía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 78 años, que estando en la sala de espera para ser atendido por mareo y mal estar epigástrico sufre episodio de bradicardia y posterior asistolia de menos de un minuto con pérdida de la consciencia. Se inician maniobras de RCP básica y en la sala de urgencias precisa perfusión de aleudrina por persistencia de bradicardia. Entre sus antecedentes destaca hipocalcemia por hipoparatiroidismo por cirugía tiroidea hace 10 años en tratamiento con caosina. En electrocardiograma destaca presencia de fibrilación auricular con bloqueo auriculoventricular de primer grado con algunas rachas de bloque de segundo grado mobitz II 2:1, bloqueo de rama derecha y QTc 460 ms. En la analítica se objetiva calcio de 6 mg/dl sin otras alteraciones analíticas por lo que se administra gluconato cálcico en perfusión. Posteriormente se reajustó el tratamiento hipocalcemiantes aumentando la dosis de caosina e iniciando tratamiento con rocatrol así como calcio oral y se interconsultó con el servicio de cardiología quienes decidieron la implantación de un marcapasos VDD tras objetivar 5 en la monitorización rachas de bradicardia con pausas de más de 6 segundos.

CONCLUSIONES:

Lo más importante en el manejo de una hipocalcemia en el servicio de urgencias es que el médico contemple esa posibilidad en el diagnóstico diferencial al afrontar un paciente que muchas veces presenta clínica abigarrada. El problema para el médico de urgencias a la hora de diagnosticar e iniciar tratamiento precoz en una hipocalcemia radica en el amplio abanico de síntomas, desde una presentación asintomática o mareo hasta el síncope cardiogénico secundario a arritmia como aconteció en el paciente que presentamos. La hipocalcemia severa es una urgencia que el médico de urgencias tiene que tener presente, sobre todo en pacientes con antecedentes de cirugía tiroidea (7-43%) pues una actuación rápida puede variar en el pronóstico por su repercusión en la morbilidad.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2190

UNA VARICELA ATÍPICA: CASO DE NECROLISIS EPIDÉRMICA
TÓXICA EN ESCOLAR DE 12 AÑOS

S Sánchez Soler (1), J Nicolás Gálvez (1), MI Arjona López (2),
JJ Vives Hernández (3), IM Reina Nicolás (1),
M Cascales Sánchez (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.
(2) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. (3) Hospital Virgen del
Castillo. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: dermatology-drug effects-emergencies

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Fiebre y empeoramiento de lesiones cutáneas en paciente diagnosticado de varicela. Enfermedad actual: Varón de 12 años. Consulta por presentar fiebre de hasta 39°C de 12 horas de evolución y aumento del número de lesiones cutáneas. 48 horas antes, el paciente consulto a su pediatra por presentar prurito ocular e hiperemia conjuntival quien le diagnóstico de conjuntivitis y prescribiendo colirios de tobramicina, dexametasona y diclofenaco. 24 horas más tarde fue diagnosticado de varicela ante la aparición de lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas en cuello y mejillas, por lo que se pauta mequitazina, asociadas a febrícula y mal estar general. Exploración física: -Constantes: Glasgow 15, MEG. TA: 80/50, FC 100 lpm, T° 39,3°C, -Piel: lesiones maculo-papulosas y pústulas redondeadas que confluyen por todo el cuerpo incluyendo palmas y plantas. A nivel facial y palpebral se observan también lesiones similares que confluyen y que imposibilitan la apertura de los ojos y la valoración conjuntival. Erosiones y úlceras en mucosa labial y en genitales. Signo Nikolski positivo. -AC y AP: anodino. Abdomen: blando y depresible, no palpación de masas ni visceromegalias. Extremidades: sin edemas, movilidad conservada. -Expl. Complementarias: Hemograma: Leucocitos 5400 con 79,4% neutrófilos, Hb 14,4, Htco 44%, plaquetas 272000. Coagulación: APROT-73%, INR 1,25. Bioquímica: Glucemia 95, Cr 0,6, iones normales, GOT 345, GPT 360, FAlcalina1069. Orina, coloria, ph 5,5, Glucosa -, Bilirrubina 4 mg/dl, c.cetonicos 80mg/dl, urobilinogeno 6mg/dl, proteínas 30 mg/dl, nitritos negativo, leucos 100/campo, Hb 150er/uL Gasometría: ph 7,40, HCO3 24,1, LAC 1,8 Radiografía tórax sin hallazgos. Ecografía abdominal: Hígado de tamaño y forma normal. Vena porta permeable con flujo hepatogénico. Vía biliar no dilatada. Diagnóstico: Necrosis epidérmica tóxica Evolución: Dada la inestabilidad hemodinámica (hipotensión, oliguria y la pérdida de la barrera cutánea) ingresa en UCI. Se inicio tratamiento con esteroides y ciclosporina que se tuvo que suspender por afectación hepática, se realizo biopsia hepática con resultado de síndrome vía biliar evanescente que sugería una etiología secundaria a fármacos. Preciso de implantación de membrana amniótica en párpados por simblefaron.

CONCLUSIONES:

La necrosis epidérmica tóxica es una enfermedad grave con una mortalidad de hasta el 50%, se produce por una reacción adversa a fármacos. Los pacientes afectados requieren ingreso en UCI.

P-2191

OJO ROJO

MF Daccach Navarro (1), JJ Figueroa Pérez (2)

(1) Centro de Salud Cascajos. Logroño.
(2) Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja

PALABRAS CLAVE: lesión ocular-hifema-alteración pupilar

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niña de 4 años sin antecedentes personales a destacar y con calendario vacunal completo para su edad. Es traída a urgencias por su padre, quien refiere que al despertar le ha notado el ojo derecho enrojecido con dolor del mismo, de manera concomitante ha presentado vómitos en 2 ocasiones y aparente malestar general. Al explorarle la paciente refiere visión borrosa y dolor ocular, con lámpara de hendidura se aprecia importante inyección ocular mixta (conjuntival y ciliar) con pupila discórica e hiporreactiva a la luz, importante hipema con coágulos en mitad inferior y nasal de cámara anterior y opacidad del cristalino en relación al contralateral, al valorar el fondo de ojo no impresionaban lesiones en vítreo o retina. La tinción con fluoresceína mostraba pequeñas úlceras corneales múltiples con fenómeno de Tyndall positivo, la presión intraocular (PIO) era de 22 mmHg. Ante el riesgo de mayor aumento de la PIO y la posibilidad de aparición de glaucoma agudo de ángulo estrecho se plantea la duda terapéutica de aplicar pilocarpina para producir miosis pupilar, sin embargo, al comentar con oftalmólogo de guardia de hospital de referencia prefiere esperar e indica administrar colirio ciclopléjico más dexametasona y traslado de la paciente para valoración. Tras explorarle se confirma la ausencia de lesiones en cámara posterior y se decide el alta a domicilio con tratamiento pautado con colirio ciclopléjico y dexametasona. Los controles posteriores evidencian disminución progresiva de la PIO y reabsorción del hipema. Durante la valoración en el servicio, la paciente refiere que 2 días antes del inicio del cuadro mientras jugaba con su hermano presentó traumatismo ocular directo con pistola de juguete con ventosa, lo que explica la clínica presentada.

CONCLUSIONES:

Es importante que el médico de urgencias tenga un esquema claro de valoración y actuación ante el ojo rojo, sabiendo diferenciar los cuadros banales de los potencialmente graves que precisan revisión especializada urgente, apoyándonos siempre de una adecuada anamnesis y exploración metódica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2192

TRASTORNO DE LA CONDUCTA

**A Aguado Castaño, A Carratalá Ballesta, P Querejeta Fernández,
L Córdova Infantes, T Prietosanto, S Guzmán Martínez**

Hospital General de Alicante. C. S. San Vicente I

PALABRAS CLAVE: alteración de la conducta-lóbulo frontal-meningioma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 71 años de edad, acude a urgencias traída por su marido debido a la aparición de un deterioro progresivo del estado general desde hace unos meses asociado en los últimos 15 días a incontinencia fecal, urinaria y un trastorno de la conducta consistente en cambios de humor, aislamiento social y alteración de la personalidad. ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, DLP, Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha intervenido con RDT y QMT, prótesis mitral por IM severa, en tratamiento con estatinas, antihipertensivos, inhibidor de la aromatasa y sintrom. A su llegada se presenta desorientada en las 3 esferas, irritable, y poco colaboradora. La paciente se encontraba en seguimiento por la unidad de memoria por cuadro de demencia, recomendándose estudio que nunca se realizó. Se solicita analítica sanguínea con resultado normal TAC: gran LOE frontal cerebral con edema asociado JC: probable demencia secundaria a LOE frontal cerebral (Meningioma vs metástasis) Se solicita RM descartándose la presencia de metástasis, así como un TAC tóraco-abdominal y una mamografía bilateral, resultando sin hallazgos significativos.

CONCLUSIONES:

En tumores de los lóbulos frontales pueden aparecer alteraciones motoras, trastornos del lenguaje, trastornos de la función cognitiva, alteraciones de conducta y de personalidad e incontinencia. El tumor primario más frecuente es el meningioma (34%), seguido por el glioblastoma (17%), tumores de pituitaria (13%) y tumores de la vaina nerviosa periférica (9%). Los meningiomas son tumores que se generan en las leptomeninges y se adhieren a la duramadre. Crecen de forma muy lenta, son benignos, siendo muy raro que se malignicen. La localización más frecuente es en la convexidad del cráneo. El diagnóstico se realiza mediante TAC y/o RM, a veces como parte del tratamiento, está indicada la realización de la angiografía cerebral, para estudiar la vascularización de la tumoración y del cerebro circundante. El tratamiento ideal es la intervención quirúrgica con resección completa. Con respecto a las metástasis cerebrales, en los hombres, el cáncer que más comúnmente metastatiza a cerebro es el cáncer de pulmón, y en mujeres es el cáncer de mama.

P-2199

HEMATURIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

K Mora Sosa (1), L Gómez Zafra (2), D Terrón Fuentes (2)

(1) C. S. San José. Linares, Jaén. (2) C. S. San Felipe. Jaén

PALABRAS CLAVE: hematuria-mialgia-creatininfosfoquinasa

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 35 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor muscular generalizado de una semana de evolución con predominio en miembros superiores y espalda posterior a la práctica ejercicio físico intenso, acompañándose de hematuria de un día de evolución, durante el interrogatorio refiere mejoría de mialgias con persistencia sólo de dolor lumbar y hematuria sin otros síntomas miccionales añadidos. Exploración física: dolor a la palpación en zona paravertebral lumbar resto anodino, hemodinámicamente estable. Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 68 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Hemograma: normal, Bioquímica: urea:41, creatinina 1,31, CPK>4267.00, Gasometría venosa: Ph:7.38, PCO2: 43,2, PO2: 38, bicarbonato: 25,8, coagulación normal, sistemático de orina: eritrocitos:300, leucocitos: 75, nitritos: negativo, ph: 6. Pasa a Observación con el Diagnóstico de Rabdomiolisis recibiendo tratamiento sintomático con suero fisiológico, y bicarbonato sódico para alcalinizar la orina con posterior ingreso en Medicina interna donde fue dado de alta 3 días posteriores sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

El buen diagnóstico de una patología reside en la realización de una historia clínica completa, sin minimizar ninguno de los síntomas y signos referidos por el paciente. Evitando así la realización de diagnósticos apresurados, como pudo haber sido un cólico renal en este paciente, patología más frecuente.





CASOS CLÍNICOS

P-2200

DEJADME TRANQUILA, SÓLO QUIERO BEBER AGUA

I Ortega Gálvez, S Bedad Aali, A Rojas Sánchez, M Gómez Varón,
G Gálvez Santiago, R Manzano Rodríguez, I Manzano Rodríguez

Hospital de Baza. Granada

PALABRAS CLAVE: potomanía-hiponatremia-SIADH

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 42 años con antecedentes personales de Esquizofrenia Paranoide desde hace 15 años en tratamiento con Clopixol Depot 200mg cada 15 días. Institucionalizada en centro de día de enfermos mentales. La traen a urgencias por disminución del nivel de conciencia en las últimas 24 horas. En la historia clínica que realizamos a través de la cuidadora nos refiere que en la última semana está descompensada de su patología psiquiátrica y únicamente quiere beber grandes cantidades de agua hasta el punto que han tenido que limitarle el acceso a la misma ya que ingería más de 6 litros al día. No refiere clínica ni semiología infectiva ni otra sintomatología de interés. En la exploración, glasgow de 9 puntos, con auscultación cardiopulmonar ligeramente taquicárdica, sin soplos, murmullo conservado y sin ruidos sobreañadidos. Resto de la exploración anodina. En analítica únicamente destaca creatinina en 1.1 urea de 58, potasio 3.5, sodio en 106, en orina sodio de 12mmol/l. Gasometría con pH en 7.40 y láctico en 1.2. Se le comienza a corregir la hiponatremia y a las dos horas de estancia en observación el glasgow de la paciente cae hasta 7 puntos, y se desatura llegando al 70% con oxígeno a alto flujo aunque mantiene tensiones. Se interconsulta con Intensivista, se intuba a la paciente, se cursa TAC que no muestra hallazgos patológicos ni edema cerebral y se ingresa en UCI. Juicio Clínico: SIADH secundario a Potomanía (polidipsia psicógena). Tras una semana de estancia en UCI la paciente mejora con la corrección de electrolitos y se desintuba pasando a planta, siendo dada de alta sin complicaciones a los 15 días.

CONCLUSIONES:

Este caso nos hace ver la importancia en urgencias de las psicosis en pacientes psiquiátricos de larga data ya que las descompensaciones de su patología pueden dar lugar a grandes repercusiones orgánicas. En este caso el hecho de ser una paciente con patología psiquiátrica cuya cuidadora describe una polidipsia psicógena ayudó desde el primer momento a pensar en un SIADH como causa de la hiponatremia severa que presentaba.

P-2201

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES AGUDOS DE REPETICIÓN EN PACIENTE JOVEN: ETIOLOGÍA DE EXCLUSIÓN

FJ Morán Gallego, M Borregón Rivilla, R Estévez González,
J Sánchez Prieto Castillo, R Rubio Díaz, MJ Palomo De los Reyes

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: trastornos cerebrovasculares-prevención primaria-diagnóstico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 30 años con antecedente de accidente cerebrovascular agudo (ACVA) isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha hacía dos meses, a partir del cual comenzó tratamiento antiagregante. Acude al servicio de Urgencias por cuadro de 5 horas de evolución de hormigueo, torpeza y debilidad de miembro superior derecho, sin otra clínica a ningún nivel. En la exploración la paciente estaba normotensa y afebril y llamaba la atención una disminución de fuerza 4/5 en la flexoextensión de codo y muñeca derecha y reflejo cutaneoplantar indiferente derecho. Se realizan pruebas complementarias incluyendo una tomografía computarizada (TAC) que no mostraban alteraciones, pese a lo cual se decidió ingreso para estudio. Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral que muestra una lesión isquémica en territorio de arteria cerebral media izquierda. Analítica sin alteraciones, incluido serologías. Durante el ingreso previo reciente, se realizó ecocardiograma transtorácico que mostraba la presencia de foramen oval permeable (FOP). La RMN cardiaca mostró dilatación biventricular. La resonancia magnética nuclear cervical no mostró hallazgos significativos.

CONCLUSIONES:

Entre el 25 y el 40% de los ACVA se consideran criptogénéticos. Dentro de éstos, se engloban aquellos en los que, durante el estudio, se va a detectar la presencia de FOP. Pese a esto, no existe una relación causal directa entre la presencia aislada de FOP y un mayor riesgo de presentar ACVA de repetición, por ello para poder atribuir un papel protagonista al FOP en el desarrollo del ACVA es necesario excluir otras causas, como se llevó a cabo en el caso aquí descrito. En cuanto al tratamiento, la evidencia existente no apoya la prevención primaria en pacientes con presencia FOP. Si bien posterior al primer ACVA no hay diferencias significativas entre tratamiento antiagregante y cirugía percutánea en cuanto a supervivencia, se tiende a utilizar el tratamiento médico, por el riesgo inherente al procedimiento intervencionista. En pacientes con ACVA de repetición a pesar del tratamiento antiagregante, la evidencia recomienda el tratamiento con anticoagulantes orales o el cierre percutáneo del defecto cardíaco sin diferencias claras en cuanto a la supervivencia. En nuestro caso, se decidió llevar a cabo cierre percutáneo del FOP.



CASOS CLÍNICOS

P-2202

MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE ALGO FRECUENTE

MT Martínez Marco (1), I Fernández Sobrino (2), AV Gómez (1),
M Núñez de Arenas Soriano (1), J Rivero (1),
E Espinosa de los Mont Márquez (1), V de la Hoz Carracedo (1)

(1) Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid. (2) Fundación Jiménez Díaz. Madrid

PALABRAS CLAVE: meningiomas-intraóseo-temporal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Ámbito del caso: Urgencias Hospitalarias Introducción: La importancia y particularidad de este caso radica en que patologías frecuentes y banales como una ?masa?, puede terminar siendo otro tipo de patología grave. Objetivo: Diagnóstico y tratamiento. Paciente y método: Mujer de 69 años -Alergia a marisco. -No hábitos tóxicos. -Hipertensión arterial sin otros factores de riesgo cardiovascular. Consulta por masa a nivel de ATM derecha que le impresiona de flogosis de dos semanas de evolución. Niega fiebre, astenia, hiporexia. No otra sintomatología. A su llegada: Tensión arterial 146/75 mm Hg, frecuencia cardíaca 106 lpm, temperatura 36,1°C y saturación basal de oxígeno del 96%. Eupneica. Estable hemodinámicamente. Lesión dolorosa a la palpación en sien derecha de consistencia pétreo. Presenta crepitación a la apertura y cierre de la boca en la subluxación mandibular. Auscultación cardíaca y pulmonar anodina. Abdomen y neurovascular anodino. Resultados: Analítica anodina. Radiológicamente presentaba en TAC craneal con contraste lesión bien delimitada en región frontobasal izquierda de 2 x 1.5 x 1 cm, que capta contraste de forma difusa y presenta imágenes hiperdensas en el estudio sin contraste, sugestivas de calcificaciones. Estos hallazgos son compatibles con meningioma. En fosa craneal media derecha, por delante del lóbulo temporal se observa otra lesión hipercaptante de características similares a la anteriormente descrita con erosión de la escama del hueso temporal, esclerosis de pared lateral de la órbita derecha y extensión extracraneal, que podría corresponder con otro meningioma. No produce invasión orbitaria. Estas lesiones no producen significativo efecto de masa, ni edema vasogénico perilesional. Signos de leucopatía por enfermedad isquémica de pequeño vaso, grado 1. Conclusión: Probables meningiomas en región basal de fosa craneal anterior izquierda y en fosa craneal media derecha, este último con extensión extracraneal, según descripción previa.

CONCLUSIONES:

El meningioma intraóseo es una entidad histológica benigna y de variedad topográfica muy rara cuyo pronóstico es bueno si se extirpa de manera radical. Destacamos la muy baja incidencia de esta patología como causa de meningioma.

P-2205

MI MARIDO TIENE VOZ DE PITO

JD Blázquez Alcázar (1), JE Olalla Linares (2), M Prieto Giráldez (2),
M Rubio Mellado (2)

(1) C. S. Sillería. Toledo. (2) Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: disfonía-enfisema mediastínico-perforación intestinal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 80 años de edad que acude a urgencias por voz bitonal de aparición súbita relacionada con movimiento brusco de la cabeza y leve aumento de su disnea habitual de tres horas de evolución. Antecedentes de enfermedad pulmonar mixta, gran fumador, HTA, insuficiencia respiratoria que precisa de OCD y carcinoma broncogénico estadio IIa en tratamiento con QT al no ser subsidiario para cirugía. A la exploración destacaba la palpación de enfisema subcutáneo en región cervical y una evidente voz bitonal. Además, taquipnea con hipofonía generalizada, crepitantes húmedos bibasales y aumento del perímetro abdominal con claro timpanismo de manera difusa. Ausencia de cianosis pese a SaO₂ 87%. El paciente se mantuvo estable hemodinámicamente durante toda la atención, presentando PA de 132/89. Se extrae analítica completa, gasometría arterial que mostraba datos de insuficiencia respiratoria crónica compensada con pH normal, electrocardiograma que mostraba bloqueo bifascicular ya conocido y radiografía de tórax y abdomen con imagen de neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se decide realizar TAC cervico-torácico-abdominopélvico con contraste oral bajo la sospecha de perforación intestinal como probable causa etiológica de la clínica del paciente. El resultado fue de divertículo de sigma perforado como causa más probable de aire ectópico que asciende disecando por planos la anatomía del paciente hasta llegar a región cervical bilateral, afectando a nervio laríngeo recurrente en su recorrido y dando como única sintomatología voz bitonal. Se comentó paciente con Medicina Intensiva y Cirugía General, que desestimaron admisión del paciente por sus características. Finalmente se instaura tratamiento antibiótico con Piperacilina-Tazobactam y se toman medidas de soporte para su patología respiratoria, ingresando en servicio de Geriátrica. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento conservador, experimentado involución de las lesiones causadas por el aire ectópico y continuado tratamiento actualmente en servicio de Medicina Paliativa de manera ambulatoria.

CONCLUSIONES:

Este caso pone en evidencia la relevancia de los hallazgos clínicos resultantes de una adecuada y completa exploración física, que en este caso indicó una patología de gravedad pese a la completa ausencia de síntomas característicos (como el dolor tras una perforación intestinal). Es importante no subestimar el motivo de consulta del paciente, realizando una correcta labor asistencial.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2224

NO SIENTO LAS PIERNAS

M Bernuz Rubert, D Lumbreras Manjón, A Martínez Puche,
A Mocholi Sánchez, L Ribadulla Nogueira, A Viña Almunia,
A Campo Jiménez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: mielitis transversa idiopática-hiposensibilidad-parestesias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 52 años, con antecedentes patológicos de dislipemia, cefalea tensional, discopatía lumbar (T12-L1 y L4-L5) y trastorno ansioso-depresivo. Acudió a urgencias por disminución de fuerza y sensibilidad con parestesias en miembros inferiores de 3 días de evolución, la progresión fue desde cadera a rodillas. Además asociaba incontinencia urinaria de urgencia desde el inicio del cuadro. A la exploración física destacaba reflejo cutaneoabdominal ausente, hipoestesia al pinchazo bajo el ombligo bilateral e incluyendo área genital. En miembro inferior derecho fuerza conservada, hipoestesia en cara interna del muslo. En miembro inferior izquierdo disminución de fuerza (4/5), hipoestesia global para todas las sensibilidades, reflejos presentes y respuesta plantar flexora bilateral. Maniobra Hoover negativa. Se solicitaron TAC craneal, analítica de sangre, radiografía torácica, punción lumbar, con resultado normal. Teniendo en cuenta lo anterior, se decidió ingreso en Neurología con el diagnóstico de parestesias a estudio probable enfermedad desmielinizante. Durante el ingreso se realizó serología y pruebas de autoinmunidad, siendo negativas. En la resonancia magnética nuclear de cabeza y médula completa, se apreció un foco de hiperintensidad de señal, en el interior de la médula espinal torácica (T4) de distribución central de 20mm. En los potenciales evocados somatosensoriales se observaban signos de severa afectación de vía cordal posterior. Por lo que con todo esto el diagnóstico fue de mielitis transversa idiopática. La evolución clínica de esta paciente ha sido tórpida. Se observan incongruencias en las exploraciones neurológicas, apreciándose un empeoramiento de su patología psiquiátrica (trastorno conversivo) con empeoramiento de la clínica.

CONCLUSIONES:

La mielitis transversa idiopática es un trastorno neurológico causado por inflamación de la médula espinal, suelen responder al tratamiento con corticoides, siendo el pronóstico bueno en la mayoría de los casos. Gran parte de las mielitis son secundarias a un agente infeccioso, pero un pequeño porcentaje es idiopático. La mejoría de la sintomatología se aprecia entre las 2 y 12 semanas pudiendo llegar hasta los 2 años. Al ser una patología invalidante no se debe olvidar el aspecto psiquiátrico, ya que puede aparecer depresiones secundarias o agravar patologías psiquiátricas de base, como en nuestro caso. Por lo que el tratamiento debe de ser multidisciplinar (psiquiátrico, rehabilitador, neurológico).

P-2225

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS.
UN CASO DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

G Rodríguez Martínez (1), MA Llorca Picó (1), N Algado Selles (1),
FJ Navarro Díaz (2)

(1) C. S. Foietes. Benidorm, Alicante. (2) Hospital Marina Baixa. Alicante

PALABRAS CLAVE: síndrome aórtico agudo-dissección aórtica-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 años, AP: HTA, Fibrilación Auricular, Miocardiopatía dilatada. Tratamiento: Amiodarona 200mg, Dabigatran 150mg, Carvedilol 25mg, Olmesartán 40mg, Omeprazol 20mg. MC: Dolor abdominal epigástrico, periumbilical. TA elevada desde la madrugada. Asocia disnea de mínimos esfuerzos con ortopnea los días previos. No dolor torácico, ni cortejo vegetativo. EF: TA: 180/117. FC: 76 lpm. SO2: 99%. Eupneico. Normocoloreado y Normohidratado. CyO. AC: Tonos cardíacos arrítmicos. AP: MVC, sin ruidos patológicos. Abdomen: Blando y depresible. Doloroso en epigástrico y periumbilical. EEII: No edemas. Pulsos pedios, poplíteos, femorales y radiales disminuidos en lado derecho. Pruebas complementarias: -Hemograma y Bioquímica: Normales. Troponinas negativas. -ECG: FA a 76 lpm. Eje 0°. BIRIHH. ST isoelectrico. T aplanadas V4-V6. -Rx Tórax: Cardiomegalia. SCF libres. Tratamiento: Nifedipino 10mg VO. Furosemida 40mg, Paracetamol 1g, Tramadol 100mg, Ondansetron 8mg, IV. Evolución: Control de TA, persistencia del dolor abdominal. Diagnóstico diferencial ante dolor abdominal persistente: IAM inferior, Perforación ulcerosa, Rotura o Dissección de Aneurisma Abdominal, Isquemia mesentérica. Solicitamos TAC Toracoabdominal: Dissección de aorta, inicia después de la salida de la arteria subclavia izquierda comprometiendo toda la aorta descendente, extensión distal hasta la arteria ilíaca común derecha. No ruptura aórtica, ni líquido libre retro/intraperitoneal. Aorta ascendente y cayado aórtico normal. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Dissección Aórtica tipo B TRATAMIENTO: Labetalol 100mg, Tramadol 100mg, Granisetron 1mg. Ingresa en Cirugía Cardiovascular. TAC de control sin cambios. Al Alta: Control estricto de la TA y TAC semestral.

CONCLUSIONES:

- La dissección de aorta es una urgencia médico-quirúrgica con elevada morbimortalidad, puede afectar la aorta torácica, abdominal y a sus ramas. Existen 2 tipos: A y B (Stanford). - El síntoma más común es el dolor torácico agudo, constante, desgarrador y migratorio. Irradiado al cuello(aorta ascendente), dorsolumbar (aorta descendente). Aproximadamente un 20% asocia dolor abdominal. - Más en varones y edad media de 63 años. Dada su gran asociación con HTA, es de vital importancia la prevención primaria.- El diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y disminuir su mortalidad (20% en primeras 24 horas y 62% a la semana).- La TAC, es Gold standard para el estudio del SAA (S>95%), pudiendo complementarse con ecocardiografía transtorácica. - El objetivo del tratamiento en la DA tipo B no complicada es el control del dolor, la presión arterial y la frecuencia cardíaca.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2226

DOCTORA, TENGO LA BOCA NEGRA

E Tejedor Simón, A Chamali Pino, M Anadón González,
B García López, A Revuelta Alonso

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

PALABRAS CLAVE: absceso-sangre-anemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 33 años sin patologías de interés, que acude a urgencias por lesiones sobreelevadas negruzcas en mucosa yugal, de 24 horas de evolución, asociadas a sangrado oral tras roce durante la higiene dental, sin otra clínica. Como único antecedente relevante, destaca la toma de Amoxicilina 750 mg desde hace 48 horas por absceso sublingual. OBJETIVO: Incidir en la importancia de valorar los posibles efectos adversos de determinados fármacos de uso habitual, dentro del diagnóstico diferencial que nos planteamos en este paciente. Tras realizar una primera exploración al paciente e interrogarle sobre viajes, relaciones sexuales de riesgo, contacto con sustancias peligrosas, etc., se realiza análisis de sangre en el que se evidencia disminución de los valores de la serie roja, blanca y plaquetas (4.000), con frotis normal. Se comenta con hematólogo de guardia, se le trasfunde un pool de plaquetas e ingresa a su cargo para estudio. RESULTADOS: Durante el ingreso, se realiza biopsia de médula ósea, que confirma aplasia medular aguda.

CONCLUSIONES:

La aplasia medular es una insuficiencia cuantitativa adquirida que afecta a las tres series hematopoyéticas. Su incidencia aproximada en nuestro medio es de 1.5 a 4.5 casos por millón de habitantes y año, siendo más frecuente en adultos jóvenes, con un segundo pico a los 60 años. Clínicamente, puede cursar con anemia, hematomas y hemorragias y el diagnóstico suele establecerse con un análisis de sangre y posteriormente una biopsia de médula ósea que lo confirme. El tratamiento de elección en casos de aplasia grave en pacientes jóvenes, es el trasplante de médula ósea, con el que se obtiene curación en el 90% de los pacientes. La Amoxicilina es un fármaco de uso frecuente en la práctica clínica, cuyas principales reacciones adversas son gastrointestinales. No obstante, debemos conocer otros efectos adversos, como la leucopenia, neutropenia, trombopenia, anemia hemolítica y los trastornos de la coagulación, que a pesar de su excepcionalidad, deben incluirse en el diagnóstico diferencial de la aplasia medular aguda, siempre y cuando haya una toma concomitante de este medicamento.

P-2227

PACIENTE COMPENDIO

J Pascual Fernández, O Oger, MJ Redín Sagredo, I Fau Sánchez,
S González Subiza, AC Las Heras Gil, MN López Laguna

Hospital García Orcoyen. Navarra

PALABRAS CLAVE: sepsis-cetoacidosis-gastrointestinal bleeding

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: La valoración de pacientes inestables mediante una exploración física rigurosa, es crucial en el manejo y en la mejora de su pronóstico. Objetivo: Reflexionar sobre como el origen de una descompensación del estado hemodinámico puede tener múltiples causas sincrónicas que requieren tratamiento inmediato dirigido estableciendo un orden de prioridades en la aplicación del mismo. Caso: Paciente de 52 años EPOC atendido por equipo urgencias extrahospitalarias por disnea. Encuentran al paciente en el inodoro, taquipnéico, estable hemodinámicamente objetivándose deposición melénica. Se traslada a Urgencias hospitalarias En Urgencias, presenta confusión, PA 105/43, 65 ppm, 37.5°, 38 rpm, sat 82%. En la anamnesis únicamente se refiere dolor lumbar no irradiado, acompañado de distermia en 72h previas para el que ha tomando ibuprofeno y diclofenaco. Se realiza gasometría arterial donde se confirma insuficiencia respiratoria parcial y se objetiva un lactato de 36.9mg/dl y glucemia indetectable. A la exploración destaca palidez cutánea, trabajo respiratorio, sibilancias generalizadas, tacto rectal con restos de sangre roja, y una zona eritematosa, empastada, caliente sugestiva de celulitis en pierna derecha. Analíticamente presenta Hb 9mg/dl, 66000 leucocitos glucosa 784mg/dl, creatinina 1.69mg/dl, Urea 155 mg/dl PCT 4.3ng/dl, PCR 363 mg/L Ante estos hallazgos se instaura sueroterapia, insulino-terapia, perfusión de omeprazol y antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y linezolid. El paciente evoluciona desfavorablemente requiriendo vasoactivos, por lo que se decide ingreso en UCI con diagnóstico de presunción de ?Shock séptico de origen cutáneo?, ?cetoacidosis?, y ?posible hemorragia digestiva?. Durante las primeras 96h de ingreso el paciente requiere intubación y presenta abscesificación de celulitis de extremidad inferior, se objetiva, igualmente, absceso en musculatura paravertebral (requiriendo ambos desbridamiento), y requiere 3 exploraciones endoscópicas con escleroterapia para tratamiento de úlcus gástrico forrest Ib. En los hemocultivos se aísla Staphilococo Aureus meticilin-sensible, instaurándose antibioterapia dirigida. Durante su ingreso, el paciente ha presentado evolución tórpida sufriendo como complicaciones: TEP de arteria lobar superior, e infecciones respiratorias y urinarias por microorganismos multiresistentes. Tras 80 días de ingreso en UCI el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, respirando de manera autónoma persistiendo picos febriles

CONCLUSIONES:

La reevaluación continua de un paciente inestable es vital en la adopción de una estrategia terapéutica eficaz.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2228

PLAQUETOPENIA Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

**P Geraldo Pérez, J Esplugues Marrahí, E Nicastro Letto,
C Pérez García, A León Medina, A Reig Pastor**

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia

PALABRAS CLAVE: púrpura trombótica trombocitopénica-plaquetopenia-focalidad neurológica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 56 años, nacionalidad española, fumador 30 paq/año. Como antecedente personal, episodio de hematuria hacía 4 días consultada en Servicio de Urgencias objetivando plaquetopenia e iniciando prednisona 60 mg y control en consultas de Hematología. Acude nuevamente por cuadro neurológico fluctuante (disartria y parestesias miembros superior e inferior derecho) de una hora de evolución. A la exploración, estable hemodinámico, buen estado general, sin lesiones cutáneas. Auscultación cardiopulmonar normal. Neurológicamente presenta disartria con leve hipoestesia de miembro superior e inferior derecho. Movilidad conservada. Resto de exploración anodina. Ante el antecedente de plaquetopenia y la clínica neurológica, se realiza TC cerebral urgente para descartar ictus hemorrágico. En el TC no se evidencian signos de sangrado ni otras alteraciones. Analíticamente: alteración función renal, elevación de marcadores cardíacos, leucocitosis con neutrofilia, PCR normal, anemia normocítica-normocrómica con LDH y BT elevada (anemia hemolítica), trombocitopenia y sedimento urinario patológico. Coagulación normal. Se reevalúa de nuevo al paciente: Permanece asintomático, pero aparecen de novo lesiones cutáneas purpúricas-equimóticas, no desaparecen a la vitopresión y parecen por fricción de sábanas. Ante el cuadro clínico y las alteraciones analíticas, se sospecha en una púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), iniciándose de manera urgente plasmáferesis.

CONCLUSIONES:

Consideramos necesaria la revisión del tema dado que la PTT es una enfermedad rara pero de elevada mortalidad si no se actúa con rapidez. Pertenecer al grupo de las microangiopatías trombóticas y su incidencia se estima en 3-7 por millón personas/año. Más frecuente en mujeres, 30-40 años, raza negra y obesidad. Se clasifica en hereditaria (muy rara) y adquirida (idiopática o secundaria). La más frecuente y grave es la idiopática. Se describe mecanismo autoinmune que implica una disminución de la actividad de ADAMTS 13, una metaloproteasa encargada de escindir los multímeros del Factor Von Willebrand. Al no escindirse, se forman trombos intravasculares con el consiguiente daño celular. La pentada clásica consiste en: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, síntomas neurológicos fluctuantes y recurrentes, alteración función renal y fiebre. El Diagnóstico es clínico y de laboratorio. La presencia de una anemia hemolítica y trombocitopenia sin otra causa aparente, nos autoriza a iniciar tratamiento con plasmáferesis (Tratamiento de primera línea). En casos refractarios o recurrentes: Rituximab.

P-2230

DOLOR NEUROPÁTICO EN URGENCIAS

**G Navarro Jiménez, A Blanco Portillo, M Pérez Figueras,
R Alonso Navarro**

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: herpes zoster-lumbalgia-dolor

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 68 sin alergias conocidas, dislipemia e hiperuricemia, acude a urgencias por cuadro de dolor lumbar derecho irradiado a pierna y talón que empeora con los movimientos. A la exploración, presenta maniobra de Lasegue positivo con Bragard negativo, fuerza y sensibilidad conservadas, marcha de talones y puntas conservada y reflejos osteotendinosos normales, no presenta apofisalgias ni dolor a la palpación de la musculatura paravertebral. Durante su estancia en urgencias se pauta analgesia con lo que mejora y se decide alta con juicio clínico de lumbociatalgia mecánica con tratamiento analgésico. A los 9 días, vuelve por segunda vez a urgencias por empeoramiento del cuadro a pesar de tratamiento con Metamizol, Tramadol y Diazepam. Además, refiere aparición de lesiones cutáneas en el dorso del pie y cara posterior de la pierna derecha desde hace 3 días, describe ahora el dolor como urente y continuo. A la exploración, además, presenta pequeñas lesiones eritemato-vesiculares en dorso del pie, gemelo y cara posterior de muslo derecho compatibles con Herpes Zóster cutáneo por lo que se mantiene analgesia y se añade tratamiento con Aciclovir.

CONCLUSIONES:

El Herpes zóster cutáneo es una causa frecuente de consulta en urgencias y su diagnóstico es clínico con la presencia de lesiones cutáneas y síntomas compatibles. El síntoma más frecuente es el dolor que el paciente define como quemante o punzante pudiendo, hasta en un 75% de los casos aparecer dolor prodrómico en el dermatoma afecto antes de la aparición de las lesiones cutáneas. Según el territorio de aparición puede simular otras patologías, como en este caso había sido confundido con lumbociatalgia. Es importante, por tanto, en la valoración de pacientes con dolor que pueda sugerir origen neuropático tener una sospecha de este cuadro clínico y vigilar la aparición futura de lesiones cutáneas.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2231

¡NO PUEDO ANDAR!

RM Santiago Gómez, M Martín Sánchez, M López García,
AF Viola Candela, AJ Macías López, FJ Sánchez Galindo,
F Juanes Toranzo

Complejo Asistencial de Ávila

PALABRAS CLAVE: neoplasias-retención-carcinoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 69 años con antecedentes personales de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Insuficiencia Renal Crónica estadio IV, Accidente Cerebrovascular hace 10 años y en tratamiento con Enalapril 20 mg, Furosemida, Doxazosina 4 mg, Lantus 40 UI, Trajenta 5 mg, Omeprazol 20 mg, Adiro 300 mg, Atorvastatina 20 mg, Alopurinol 100 mg, Paracetamol 1 gr y Metamizol a demanda, acude al Servicio de Urgencias por dificultad para la bipedestación. Refiere retención aguda de orina hace 4 días, motivo por el cual fue tratado en otro hospital. Desde entonces, presenta dificultad para la deambulación, y lo asocia al hecho comentado anteriormente. No ha presentado traumatismo previo Exploración física: Presenta sonda vesical Exploración neurológica: Maniobra de Mingazzini claudica. Sensibilidad disminuida en extremidades inferiores, más intensa en derecha. Dudoso nivel sensitivo en D4. Fuerza en miembro inferior derecho: 2/5, izquierdo: 3-4/5. Marcha no explorada por la debilidad que presenta. Analítica: Urea 169, Creatinina 4.61 Sistemático de orina: Leucocitos 25, Eritrocitos superiores a 300. Radiografía lumbosacra: No se objetiva lesiones óseas agudas TC cerebral y de columna dorsal: Fractura-aplastamiento severo con colapso de cuerpo vertebral de dorsal 6 y lesiones líticas en dorsal 5 y 7, de probable origen metastásico. DIAGNÓSTICO: Síndrome de compresión medular Se deriva a centro de referencia para realización de tratamiento urgente. Posteriormente, se diagnostica de Adenocarcinoma prostático metastásico.

CONCLUSIONES:

Síndrome compresión medular: Es una fuente de morbilidad importante en el paciente oncológico, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son lo más importante para garantizar la efectividad terapéutica. En la mayoría de los casos la metástasis del cuerpo vertebral es por vía hematógena. El dolor es el síntoma más frecuente, seguido de la claudicación. El tratamiento dependerá de la sintomatología y la instauración.

P-2232

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA ATÍPICA
TRAS RELACIONES SEXUALES

A Miranda Rodríguez, RD Romero Romero, A Pérez Hernández

Hospital General de La Palma

PALABRAS CLAVE: ácaros-acné-adolescente

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

La amnesia global transitoria es un trastorno caracterizado por la alteración brusca de la memoria anterógrada que dura menos de 24 horas. El sujeto permanece consciente pero es incapaz de asimilar nueva información, repitiendo constantemente las mismas preguntas. Además, se observa también cierta alteración de la memoria retrógrada que impide recordar los sucesos previos al inicio de la sintomatología. Existen numerosas hipótesis sobre su etiopatogenia pero ninguna se ha llegado a demostrar, siendo la congestión venosa del hipocampo una de las que mayor aceptación tiene actualmente. Se ha relacionado su aparición con situaciones de estrés y, entre ellas, con el coito. Para establecer el diagnóstico, las características del episodio deben encajar con las comentadas y tanto la exploración como las pruebas complementarias deben ser normales. Presentamos el caso de un varón de 58 años, trabajador activo, sin factores de riesgo vascular y con antecedentes de síndrome ansioso en tratamiento con paroxetina 20 mg y migraña sin aura sin tratamiento, que acude a Urgencias porque tras levantarse y mantener relaciones sexuales con su mujer, presenta un cuadro de alteración de la memoria anterógrada que lo hace incapaz de retener información, mostrándose reiterativo y repitiendo las mismas preguntas. Durante su estancia en Urgencias dicha sintomatología se resuelve espontáneamente en menos de 24 horas, pero persiste una amnesia del episodio a lo que se añade una alteración de la memoria retrograda marcada, que abarca por completo a la semana previa. Por este motivo y dado que se recoge que este es el segundo cuadro de similares características, se realiza un TC craneal, una punción lumbar e ingresa en el Servicio de Neurología. Durante el ingreso permanece asintomático, realizándose estudio analítico, que incluye serologías, una RM cerebral y un electroencefalograma que resultaron normales, motivo por el cual es dado de alta con este diagnóstico.

CONCLUSIONES:

En este caso destacamos la relevancia de recoger en Urgencias las circunstancias previas a la aparición de la sintomatología, establecer claramente los síntomas y su desaparición así como los posibles episodios anteriores dada su relevancia en el diagnóstico diferencial de esta entidad.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2233

¡QUÉ DOLOR!

RM Santiago Gómez, M Martín Sánchez, AJ Macías López,
AF Viola Candela, F Juanes Toranzo, FJ Sánchez Galindo

Complejo Asistencial de Ávila

PALABRAS CLAVE: carcinoma-hombro-pulmón

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 83 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Bronquitis asmática, Síndrome depresivo, Gonatrosis, en tratamiento con Alprazolam 0,5 mg, Duloxetine 60 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Imidapril 20 mg, Omeprazol 20 mg, Plusvent, Tapentadol 100, acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor en hombro derecho, de varios meses de evolución. El dolor se ha ido intensificando y ahora irradia hasta zona distal de la extremidad con pérdida de fuerza. Síndrome constitucional (3 kg). No síntomas respiratorios ni traumatismo previo. Exploración física: Murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. Dolor a la palpación en hombro derecho. Resto sin alteraciones. Analítica: PCR: 7,53, resto normal. Radiografía tórax/hombro derecho: Se objetiva masa/condensación en lóbulo superior derecho. Diagnóstico: masa en vértice pulmonar derecho. Se ingresa para estudio, diagnosticándose de Síndrome de Pancoast.

CONCLUSIONES:

Síndrome de Pancoast está producido por neoplasia pulmonar principalmente, localizado en vértice superior. La causa más frecuente es el carcinoma broncogénico de células no-pequeñas. Entre sus manifestaciones clínicas encontramos dolor en hombro, que puede irradiar a axila y a zona cubital. Ante la sospecha del mismo, se realizan pruebas de imagen como radiografías y más específicas para ver extensión del mismo. Las opciones de tratamiento dependerá de la estadificación del tumor.

P-2234

PROCTALGIA DE TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
NO TODO SON FISURAS

R Ortega Higuieruelo (1), L Gómez Zafra (2), K Mora Sosa (3)

(1) Complejo Hospitalario de Jaén. (2) C. S. San Felipe. Jaén. (3) C. S. San José. Linares, Jaén

PALABRAS CLAVE: proctalgia-próstata-disuria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 56 años de edad, con los antecedentes personales de alergia a penicilina y contrastes yodados, intervenido quirúrgicamente de cáncer de colon hace 20 años, DM tipo II, HTA. En tratamiento con enalapril 20 mg cada 24 h, metformina 850 mg cada 12 horas con buen control metabólico. Acude a servicio de urgencias hospital de referencia por presentar dolor anal refractario a tratamiento analgésico con paracetamol alternado con metamizol y pomada rectal rectogesic cada 12 horas. Tratamiento que se le ha ido añadiendo en varias consultas a su médico de familia y servicio de urgencias diagnóstico de fisura anal. En la anamnesis dirigida, el paciente refiere dolor anal diurno, con irradiación a testículos junto a polaquiuria, tenesmo vesical y disuria. No fiebre. A la exploración, el paciente presenta regular estado general, entra en consulta en silla de ruedas con gestos de dolor intenso. Inspección anal normal, no hipertrofia esfinteriana, no se aprecia fisura. Tacto rectal con próstata aumentada de tamaño, pétreo, muy dolorosa a la palpación. Ante la sintomatología, es valorado por cirujano de guardia que indica ingreso a su cargo para tratamiento analgésico intravenoso y completar estudios complementarios. Ya en planta, se realiza analítica completa sin hallazgos de interés, RMN de pelvis donde se informa masa tumoral dependiente de lóbulo prostático derecho, con morfología irregular e intensidad de señal heterogénea, con extensión extracapsular hacia el paquete neurovascular derecho y hacia las vesículas seminales derechas. Varias adenopatías de tamaño y aspecto metastásico periprostáticas. Múltiples lesiones metastásicas óseas en pelvis y caderas. Hallazgos compatibles con neoplasia de próstata estadio IV (T4N2M1) Dado el avanzado estado de su enfermedad, presentó mala evolución durante su estancia hospitalaria, siendo éxitus a los 15 días.

CONCLUSIONES:

Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia de realizar un diagnóstico diferencial adecuado en cada paciente y no dejarse llevar por la patología más frecuente. Es la tercera vez que este paciente consulta por la misma clínica en el servicio de urgencias, por lo que no se debe menospreciar la sintomatología que presenta, porque en alguna ocasión nos puede sorprender, como en nuestro caso.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2235

CRISIS CONVULSIVA COMO MANIFESTACIÓN
DE UNA HIPOMAGNESEMIA

P López Tens, A Blanco García, D Fernández Torre, L Prieto Lastra,
D López Fernández, A Robles Amieva, EA Lino Montenegro

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: hipomagnesemia-convulsión-arritmias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN La hipomagnesemia produce síntomas que son motivos frecuentes de consulta en los servicios de Urgencias. La manifestaciones comprenden síntomas digestivos (anorexia, náuseas, vómitos), musculares (letargia, debilidad, temblores, fasciculaciones), alteración de la personalidad, alteraciones del ritmo (PR y QT prolongados, arritmias) y síntomas neurológicos (tetania, convulsiones generalizadas). **OBJETIVO** El reconocimiento de las entidades clínicas que pueden manifestarse por hipomagnesemia, y el tratamiento etiológico sin demora para evitar complicaciones. **PACIENTE** Varón, 36 años, fumador de 8 cigarrillos al día, que es traído por el 061 por convulsiones generalizadas tónico-clónicas que cedieron con administración de Diazepam. A su llegada, en estado postcrítico. Tras recuperación progresiva, se inició un cuadro de parestesias en EESS, debilidad de MSI y MMII, desviación de la comisura a la izquierda, caída del cuello a la izquierda, brazos en flexión con codos y muñecas en resorte. Se objetivó paresia 2/5 en extremidades izquierdas y 3/5 en extremidades derechas. ROT ++. RCP flexor bilateral. Hipostesia en hemicampo izquierdo, con marcha anormal sin un claro patrón. **RESULTADO** La bioquímica básica y el hemograma dentro de los parámetros de normalidad, excepto un potasio de 2,5 mEq/l. ECG con alargamiento del PR (BAV 1º grado) con una prolongación del QT no presente en ECG previos. Se decidió ampliación analítica con Magnesio 0,9 mEq/dl, fósforo 1,7 mEq/dl y calcio 9 mEq/dl. Elemental y sedimento de orina con proteinuria (+) y tóxicos negativos. Ante la persistencia de clínica neurológica y primera crisis convulsiva se realizó un TAC cerebral que fue normal. Tras ingreso en UARH (unidad de alta resolución hospitalaria) con infusión de magnesio, el paciente permaneció asintomático y con recuperación de los cambios eléctricos, con sospecha etiológica de tubulopatía renal a estudio.

CONCLUSIONES:

Las manifestaciones de la alteraciones metabólicas son motivos frecuente de consulta en los servicios de Urgencia. Es importante conocer la importancia del magnesio, ya que no es una determinación de rutina y su alteración implica manifestaciones graves, que no remiten sin corrección etiológica. Importante la objetivación de hipocalcemia y hipopotasemia concomitante y el desarrollo de tetania.

P-2237

ABORDAJE DE PACIENTE CON ALGIAS GENERALIZADAS
BRUSCAS

I Dalouh Ounia (1), N Orozco Casado (2), D Terrón Fuentes (3)

(1) Centro de Salud de Torredonjimeno. Jaén. (2) C. S. Federico del Castillo. Jaén.

(3) C. S. San Felipe. Jaén

PALABRAS CLAVE: confusión-antiagregante-afasia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 76 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento con simvastatina 20mg/24h, ácido acetilsalicílico 100 mg/24mg, losartan 25mg/24h acude a urgencias acompañado por su mujer por presentar malestar general, debilidad y algias generalizadas. No refiere caídas previas. Había acudido dos días antes al mismo servicio de Urgencias para descartar trombosis venosa profunda, descartándose mediante prueba de ECO-Doppler. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente, constantes normales, consciente y orientado, a la auscultación presenta tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, a la palpación abdominal blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Al finalizar la exploración, el paciente manifiesta dolor en región abdominal intenso a lo que vuelvo a reexplorarlo no apreciando dolor a la palpación por parte del paciente. Ajusto tratamiento analgésico, y solicito pruebas complementarias de analítica y radiografía abdomen siendo estas normales, mientras el paciente permanece en área de observación, vuelvo a reexplorar al paciente nuevamente, presentado esta vez náuseas y cefalea, a la exploración neurológica afasia verbal, disminución de la consciencia, trastorno cognitivo progresivo. Ante dicha situación solicito prueba de imagen TAC para descartar proceso agudo.

CONCLUSIONES:

En el TAC se confirma hematoma subdural con desplazamiento de la línea media. Se contacta con neurocirujano que indica retirar antiagregación y administrar analgesia y antiemético, y su posterior traslado al Hospital de referencia para valoración por su parte.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2238

TESTIS LUMBALGIA

P Toquero Díez, N Labrador San Martín, M Negro Rúa, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor lumbar-cola de caballo-cáncer de testículo no seminomatoso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: El dolor de espalda es uno de los motivos de consulta más frecuente en urgencias. La mayor parte de las lumbalgias (90%) son debidas a alteraciones mecánicas por sobreesfuerzo y de carácter benigno, sin embargo, pueden ser síntoma de patología subyacente más grave. **OBJETIVO:** Ante datos de alarma debemos plantear el diagnóstico diferencial con tumores, síndrome de cola de caballo, infecciones o fracturas. **MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODO:** Varón de 38 años sin antecedentes de interés acude a Urgencias hasta en 4 ocasiones de diciembre a febrero por lumbalgia mecánica sin signos de alarma y es dado de alta con tratamiento antiinflamatorio vía oral. En su última visita por empeoramiento del dolor refiere además hiporexia, astenia e incapacidad para caminar asociada a pérdida de fuerza y sensibilidad de miembros inferiores, sensación de acorchamiento y frío. No incontinencia fecal o urinaria pero sí dificultad miccional y tenesmo. **RESULTADOS:** 130/72mmhg FC96lpm T°37°C. Exploración. Movilización: MII 4+/5 en todos los movimientos, salvo 4/5 en extensión de rodilla. MID: 4+/5 en todos los grupos musculares. Hipoestesia táctil en planta de pie bilateralmente. No nivel sensitivo en tronco ni hipoestesia perineal. ROTs: Vivos bilateralmente rotulianos, con aumento del área reflexógena. No clonus aquileo. RMN urgente se objetiva gran masa lumbar de 152x72mm que rodea aorta abdominal, múltiples lesiones vertebrales de aspecto neoplásico, estenosis del canal dorsal y compresión del cono medular. Ingresa con sospecha diagnóstica de síndrome linfoproliferativo y recibe radioterapia urgente. En planta se objetiva gran masa testicular izquierda por la que el paciente no había consultado previamente, en estudio de extensión se objetivan múltiples metástasis hepáticas, pulmonares y óseas. Se realiza orquiectomía radical con diagnóstico de tumor germinal no seminomatoso grado IV iniciándose quimioterapia con bleomicina-etopósido-cisplatino

CONCLUSIONES:

El dolor lumbar de características mecánicas no siempre es de carácter benigno. Ante la persistencia del dolor a pesar de tratamiento sintomático o presencia de síntomas de alarma se deben realizar pruebas de imagen complementarias destinadas a descartar patología sistémica subyacente.

P-2241

ME VA A ESTALLAR LA CABEZA

R Ibáñez del Castillo, JL Fraile, M Sobrevela, O Martínez, A Herrera, FF Chen Chen, C Bibiano

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: rubor-carcinoma neuroendocrino-síndrome carcinoide maligno

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 52 años, con historia clínica en otra comunidad, que acude a urgencias tras 15-20 deposiciones acuosas de 12 horas de evolución sin productos patológicos. Asocia 10 vómitos y enrojecimiento torácico-facial con sudoración. Además dolor abdominal en hipocondrio derecho sin irradiación. Presenta TA 111/68, FC 117, sat 100%, eupneico sin trabajo respiratorio, T 36,5°, sudoroso, mal estado general, alerta y reactivo. Deshidratación de mucosas. Llamativo rubor facial hasta región centrotorácica, sudoración profusa. Carótidas rítmicas y regulares, no ingurgitación yugular. Resto de exploración sin alteraciones. En analítica, hemograma sin alteración, PCR en rango. Destaca elevación de INR 1,27 sin alteración del resto de coagulación ni perfil hepático ni pancreático. Acidosis metabólica pH 7.26, pCO2 22 mmHg, pO2 32 mmHg, HCO3 9.6 mmol/l. Y deterioro de función renal con creatinina 3.76 mg/dl (FG 17.37 ml/min/1.73m2). Fósforo 5.7 mg/dl, resto de iones en rango. Coprocultivo y hemocultivo negativos. El paciente persiste hipotenso y en anuria por lo que requiere ingreso en UCI.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente procedente de otra comunidad, es común el problema de falta de información sanitaria. En este caso los antecedentes personales junto a la exploración física son la clave para diagnosticar al paciente y poder comenzar tratamiento sintomático inmediato. Resaltar la importancia de una buena anamnesis y buen diagnóstico diferencial. En este caso presenta un síndrome carcinoide de un tumor neuroendocrino de bajo grado primario no filiado (por negativa del paciente) con lesiones pulmonares y hepáticas metastásicas. El síndrome carcinoide es causado por la liberación en la circulación sistémica de serotonina e histamina en el contexto de tumores neuroendocrinos (más frecuentes intestino anterior o metástasis hepáticas de tumores gastrointestinales). Se caracteriza por rubor, broncoconstricción, diarrea y enfermedad cardiovascular. Se diagnostica mediante concentración en plasma y excreción urinaria de 5-HIAA/serotonina, además de la cromogranina A plasmática que refleja el volumen de la masa tumoral total. En este caso se utilizó para su tratamiento octeótrido en la UCI a dosis de 100mcg sc cada 8-16h con buena evolución clínica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2243

DOCTORA, ¿SE ME CIERRA EL OJO!

S Moreno Ruiz (1), M Martín Marcos (1), S Casarrubios Élez (1),
Y Sánchez Del Viso (2), E Espíldora de Ancos (1), L Moreno Pérez (1),
C Viceira Martín (1)

(1) Hospital Virgen de la Salud. Toledo. (2) Centro de Salud de Benquerencia.
Toledo

PALABRAS CLAVE: diplopia-headache-aneurysm

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: cefalea y diplopía. Se trata de un varón de 65 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cefalea, mareo y visión doble desde caída al suelo desde su propia altura hace 4 días, con pérdida de conocimiento con recuperación espontánea y contusión en nariz y labio superior. No fiebre. En la exploración física destaca: ptosis palpebral derecha, pupila midriática arreactiva, oftalmoparesia leve con diplopía asociada. Se realizó analítica que no mostró alteraciones y un TAC Craneal en el que se objetivó: hemorragia subaracnoidea en surcos temporales y frontales derechos. Discreta desviación de la línea media a la izquierda. Dados los hallazgos se solicitó un AngioTAC Polígono de Willis con informe de: aneurisma sacular de la arteria comunicante posterior derecha. Diagnóstico diferencial: la asimetría pupilar es un signo de alarma, por lo que hay que descartar patología neurológica grave: aneurismas, herniación uncal, pupila tónica de Adie, síndrome de Pourfour du Petit, glaucoma de ángulo cerrado, espasmo segmentario del dilatador del iris. Diagnóstico: parálisis completa del III par craneal por aneurisma de arteria comunicante posterior. Evolución: El paciente ingresa en UVI con Glasgow de 15 y paresia del III par craneal derecho. A las 24 horas se realiza arteriografía con embolización del aneurisma dependiente de la arteria comunicante posterior derecha. El paciente presenta mejoría clínica progresiva con disminución de la cefalea, mejoría de la oftalmoparesia y normalización de la reactividad pupilar, aunque persistiendo cierto grado de ptosis parpebral, sin otra focalidad neurológica.

CONCLUSIONES:

La parálisis del III par puede ser incompleta, si se afectan sólo las fibras motoras (afectación de la vasa vasorum) o completas, si además se afectan las fibras parasimpáticas (circulan por la periferia del nervio), produciendo midriasis arreactiva (urgencia vital) y alteración de la acomodación. La mayoría son debidas a afectación de la microvascularización del nervio en diabetes e hipertensión arterial, respetando las fibras pupilares, que son más frecuentemente afectadas en los fenómenos compresivos por tumores intracraneales o aneurismas de la arteria comunicante posterior, como en nuestro caso clínico.

P-2244

ASCITIS QUILOSA

EA Lino Montenegro, FM Mateos Chaparro, E Peraita Fernández,
F Arnaiz de las Revillas, P López Tens, A Blanco García,
MP Carlos González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: ascitis-diarrea-tumor

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 72 años que acude a urgencias por aumento progresivo de volumen de perímetro abdominal de 2 meses de evolución, que le dificulta la respiración, asociado a diarreas autolimitadas sin productos patológicos. Niega vómitos, fiebre, pérdida de apetito, pérdida de peso, y otras molestias. Antecedentes patológicos: No alergias a medicamentos. Fumador de 100 paq/año. Bebedor OH activo 60gr. día. No enfermedades de riesgo cardiovascular. Intervenciones Quirúrgicas: Apendicitis aguda complicada, peritonitis. No medicación habitual. Exploración Física: BEG, hidratado, constantes vitales estables. Abdomen: distendido a tensión, matidez generalizada y signo de ola positivo, ruidos hidroaéreos presentes, no masas, regalías ni adenopatías palpables. Resto de exploración anodina. Paracentesis evacuadora: 1 litro de líquido ascítico de aspecto blanquecino lechoso. Pruebas complementarias: Líquido ascítico, Citología: 50% linfocitos, 15% macrófagos, 30% células mesoteliales 5% PMN. Bioquímica: Glucosa: 109 mg/dl Amilasa: 10 U/L LDH 58 U/L Triglicéridos: 574 mg/dl Proteínas totales: 1.5 g/dl. ADA: 3. Bioquímica en orina: 5 Hidroxiindolacetico en orina 24 hrs 68.3 mg/24h. Resto de analítica no contributiva. TAC ABD: Masa que infiltra raíz del mesenterio de 10x8x5 cm de diámetro que se asocia múltiples adenopatías periaórticas e interoaortocavas con ascitis masiva. Gammagrafía con Octreótido: Afectación tumoral compatible con tumor carcinoide. Biopsia con aguja gruesa: Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado con bajo índice proliferativo <2%, Tipo tumor carcinoide clásico. Juicio clínico Tumor Carcinoide. Diagnóstico diferencial - Linfoma. - Tuberculosis digestiva. - Fistula linfática post quirúrgica.

CONCLUSIONES:

La ascitis quillosa, es una forma rara de ascitis caracterizada por un fluido de aspecto lechoso que contiene altos niveles de triglicéridos. Su incidencia oscila entre 1 en 20.000 a 1 en 187.000 admisiones en grandes hospitales de referencia terciaria. Como etiología mas frecuente según la bibliografía destacan anomalías linfáticas debidas a cirugía o a traumatismos previos. Siendo la tuberculosis y las causas malignas como tumores de órganos sólidos, sarcomas, linfomas y tumores neuroendocrinos menos frecuentes. El paciente, tras recibir tratamiento inicial con Lanreotide, presenta actualmente buen control analítico y clínico radiológico con ascitis mínima. Continúa en tratamiento con Lenvatinib. Bibliografía. 1.- Vol. 212, No. 5, May 2011 Steinemann et al Atraumatic Chylous Ascites, Journal American College of Surgeons pag. 889 ? 904.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2258

LO QUE ESCONDÍA LA ELEVACIÓN DEL ST
(EL ORIGEN NO SIEMPRE ES CORONARIO)

H Bergaz Díez (1), J Álvarez Manzanares (1), JC Sánchez Rodríguez (1), P Gutiérrez García (1), R López Izquierdo (1), C del Pozo Vegas (2), P del Brío Ibáñez (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. (2) Hospital Clínico Universitario

PALABRAS CLAVE: infarto de miocardio-shock séptico-shock cardiogénico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 62 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, arteriopatía periférica severa, amputación distal de ambos miembros inferiores, prótesis valvular aórtica. Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), derivado desde la consulta de Cirugía Plástica a la que acude para curas de los muñones, por malestar general y sudoración profusa. A su llegada al SUH: tensión arterial 109/64, frecuencia cardíaca 107 latidos por minuto, saturación oxígeno 97%, taquipneico, mal perfundido, ruidos cardíacos protésicos y arrítmicos, crepitantes en ambas bases. Electrocardiograma (ECG): fibrilación auricular a 110 lpm, supradesnivelación ST con ondas Q en III y aVF, infradesnivelación ST y T negativa V5-V6, I y aVL. Troponina I 13.8 ng/ml. Durante su estancia en SUH, mal estado general, hipotenso. Se inicia tratamiento con vasoactivos, doble antiagregación y se deriva a Unidad de Hemodinámica. Angiografía coronaria sin lesiones significativas, el paciente regresa al SUH, en shock, objetivándose fiebre y datos analíticos de infección (procalcitonina elevada). Se inicia antibioterapia de amplio espectro, fármacos vasoactivos, y se ingresa el paciente en Unidad de Cuidados Intensivos, donde posteriormente empeora, precisando intubación orotraqueal. Se diagnostica de shock séptico secundario a endocarditis sobre válvula nativa. Diagnóstico final: Shock cardiogénico, shock séptico.

CONCLUSIONES:

Ante un cuadro de shock se deben descartar distintas causas. Entre las más frecuentes se encuentran el shock séptico y el shock cardiogénico secundario a cardiopatía isquémica. El shock es siempre una emergencia, tiempo-dependiente, por lo que el manejo inicial debe ser rápido. En nuestro paciente el primer dato diagnóstico orientativo fue el resultado del ECG, que hizo pensar en principio en una cardiopatía coronaria por los factores de riesgo presentes, pero la evolución del cuadro hizo que el diagnóstico final fuese de shock séptico con infarto por isquemia cardíaca y shock cardiogénico por la propia isquemia y la endocarditis del paciente, que no presentaba alteraciones coronarias significativas. Como vemos, el shock séptico puede producir isquemia miocárdica sin lesión coronaria, dentro de un cuadro de fallo multiorgánico.

P-2260

NO TODO EDEMA ES INSUFICIENCIA CARDIACA

M Aguilera García, MJ García Blanco, JV Torres Torres, E Blanco Basilio, C Santiago Poveda, C Del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: edema-proteinuria-nefrótico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 70 años, HTA, exfumador, portador de marcapasos por bloqueo AV completo, fibrilación auricular paroxística, ACV isquémico y cáncer de próstata tratado con radioterapia. Consulta en urgencias por edema y disnea progresiva de moderados esfuerzos de 4 meses de evolución con evolución tórpida a pesar de tratamiento con furosemina hasta 160mg al día. A la exploración física destaca TA: 160/80 mmHg, sO₂: 96%, aumento de presión venosa yugular, auscultación pulmonar con hipofonesis en bases, ausencia de soplos cardíacos, edema con fovea hasta raíz de miembros inferiores y edema de pared abdominal. En las pruebas complementarias destacan hemograma y bioquímica sin alteraciones. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral. El ECG presenta fibrilación auricular a 70 lpm que alterna con ritmo de MP. En ecocardiograma urgente tiene función biventricular conservada, dilatación biauricular, insuficiencia mitral moderada y vena cava inferior dilatada con colapso inspiratorio inferior al 50%. Con sospecha de primer episodio de insuficiencia cardíaca ingresa en Cardiología. En el ingreso destaca hipoalbuminemia (2.2 g/dL), hipercolesterolemia (215 mg/dL), y proteinuria de 4 gr en orina de 24 horas, siendo diagnosticado de síndrome nefrótico. Se realiza biopsia renal con diagnóstico de nefropatía membranosa.

CONCLUSIONES:

El edema se define como una inflamación palpable producida por la expansión del volumen del líquido intersticial. Puede ser consecuencia de un aumento de la presión hidrostática, disminución de la presión oncótica, alteración de la permeabilidad capilar, de los vasos linfáticos, o una combinación de las anteriores. Este síntoma está presente en diversas patologías como insuficiencia cardíaca, cirrosis, linfedema, infecciones, síndrome nefrótico, fármacos. Es un motivo frecuente de consulta en urgencias por lo que es necesario dirigir las pruebas complementarias según la historia clínica para una correcta orientación diagnóstica. La determinación de proteínas en sangre y orina en urgencias ante cuadros como el de nuestro paciente, permitiría establecer el diagnóstico de sospecha de síndrome nefrótico. Destacando que el síndrome nefrótico del adulto por GN membranosa obliga a descartar neoplasia oculta.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2261

UNA CAÍDA CON SORPRESA

MA Bernal Hinojosa, CA Yago Calderón, E Espinola Coll,
B García Gollonet, J Cano García, JM Garrido González

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: hematoma-dementia-anticoagulant

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente de 83 años, institucionalizada en residencia por deterioro cognitivo leve, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular permanente, diabetes mellitus, dislipemia e insuficiencia renal crónica. En tratamiento con antihipertensivos, acenocumarol, insulina y estatinas. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Acude a urgencias por cuadro confusional de 3 días de evolución, tras caída casual en residencia con traumatismo costal izquierdo. No traumatismo craneal, no pérdida de consciencia. Refiere la familia imposibilidad para la marcha y desorientación. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** regular estado general, desorientada en tiempo y espacio, eupneica, taquicárdica e hipotensa. Tonos cardíacos arrítmicos a 110 lpm, sin soplos, no ruidos pulmonares patológicos. Abdomen blando, depresible, molestias difusas a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias. Hematoma en costado y flanco izquierdo. Dolor palpación hombro derecho y cadera izquierda, sin deformidad. Edemas maleolares bilaterales. Tacto rectal normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** analítica de sangre con anemia progresiva (hemoglobina 5.7), INR >8, glucemia 221, creatinina 2.06, CK 1165, GOT 3582, bilirrubina total 3.1, PCR 185, ECG: FA a 110 lpm, radiografía tórax, parrilla costal, columna dorsolumbar, hombro derecho, fémur izquierdo y pelvis sin hallazgos, ecografía de abdomen sin hallazgos, TAC cráneo: infartos lacunares y lesiones degenerativas. Debido a la anemia progresiva y la persistencia del cuadro confusional se solicita TC abdomen sin contraste: hematoma contenido en vientres de musculares de psoas ilíaco, pectíneo, aproximador corto y obturador externo izquierdos. **JUICIO CLÍNICO:** hematoma de psoas y de pared en paciente anticoagulada. **EVOLUCIÓN:** requiere transfusión de 3 concentrados de hemáties, 700 ml de plasma fresco y vitamina K intravenosa durante ingreso en observación de urgencias. Posteriormente, la paciente se ingresa a cargo de medicina interna, donde se realiza TC abdomen para ver evolución del hematoma, que no progresa. Se da alta a residencia retirando anticoagulación por alto riesgo de sangrado.

CONCLUSIONES:

Tras caída en paciente anciano, hay que hacer una valoración completa, sobre todo en un paciente con deterioro cognitivo, pues no manifiestan los síntomas habitualmente. Dada la mala evolución en urgencias de nuestra paciente, se decidió realizar pruebas de imagen para conocer la causa del deterioro.

P-2263

DOCTORA, NO ME TENGO EN PIE

C García Balsalobre (1), C Celada Roldán (2), L Muñoz Alonso (1),
M Rodríguez Alonso (1), A Sánchez Saura (3), E Cañada Cámara (1),
JF García García (4)

(1) C. S. San Antón. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud Los Dolores. Cartagena, Murcia. (3) Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Burgos. (4) Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: parálisis-hipopotasemia-hipertiroidismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 41 años, atendido por el 112 en domicilio por debilidad de miembros inferiores. Sin alergias ni factores de riesgo cardiovascular y sin hábitos tóxicos. El paciente vive con su pareja y hace deporte regularmente. El paciente refiere debilidad y dolor de las extremidades inferiores de tal intensidad que le impedía la bipedestación de unas horas de evolución, llegando a caerse y permanecer horas en el suelo, hasta que su pareja llegó a casa. El paciente lo achacaba a agujetas tras realizar un ejercicio intenso. A la llegada del servicio de urgencias, se encontraba estable hemodinámicamente, su auscultación cardiopulmonar era normal, abdomen sin dolor ni signos de irritación peritoneal. En cuanto a la exploración neurológica se encontraba consciente y orientado, con pupilas normocóricas y normoreactivas, pares craneales centrados y simétricos, sin asimetría facial. Presentaba debilidad en las cuatro extremidades de predominio proximal. Mantiene los miembros superiores de forma pasiva. Realiza flexo-extensión de ambos pies pero refiere no poder elevar el miembro superior izquierdo. Se le realizó una analítica con una bioquímica: función renal normal, sodio 144 mmol/L, K 2.1 mmol/L, CK 543 UI/L, mioglobina 116 ng/ml, PCR normal. En el Hemograma: Hb 14.1 gr/dl, Leucocitos 12010, plaquetas 215000. La coagulación resultó normal. En electrocardiograma se objetivó ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha y elevación del ST en V3. La radiografía de tórax fue normal. El paciente se pasó a la unidad de observación, administrándole potasio intravenoso, mejorando la movilidad proximal de las extremidades y se ingreso a medicina interna. En planta se le realizó una analítica destacando TSH <0.008, T4L 2.96 y normalización de niveles de potasio, por lo que como juicio clínico es: parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica.

CONCLUSIONES:

La piedra angular en el diagnóstico fue la determinación del potasio en sangre, junto con las hormonas tiroideas, una vez hecho considero que es muy importante pensar en las repercusiones de la patología. Y por supuesto hacer un buen diagnóstico diferencial ya que se puede confundir por ejemplo con la epilepsia o con la miastenia gravis entre otras.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2264

ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO:
CUADRO SUBOCLUSIVO VS. OCLUSIVO

**E Calderón Pérez, A León Ruiz, A Asencio Aznar, P Mayor Heredia,
M Balboa Alonso**

Hospital San Juan de Alicante

PALABRAS CLAVE: constipation-aged-diagnosis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 87 años que acude a Urgencias por rectorragia tras enemas rectales utilizados por cuadro de varios días de evolución de estreñimiento y distensión abdominal. Como antecedentes a destacar: institucionalizado en Residencia especializada en Enfermedad de Alzheimer, hernioplastia inguinal en 2011, cuadro oclusivo por bridas que precisó cirugía en 2013 y posteriores cuadros subocclusivos anuales hasta el momento de la consulta. A su llegada a urgencias presenta regular estado general, distensión abdominal, abdomen blando y depresible, doloroso de manera difusa, peristaltismo conservado y restos hemáticos en tacto rectal. Se realiza analítica urgente y radiografía de abdomen. Es valorado por Cirugía etiquetándose el cuadro de Síndrome de Ogilvie e ingresa en Medicina Digestiva con tratamiento indicado para cuadro subocclusivo. A la mañana siguiente el paciente es reevaluado, sin presencia de familiares que puedan informar acerca del cuadro, presentando a la exploración abdomen distendido, no doloroso a la palpación, con disminución de ruidos hidroaéreos y escasos ruidos metálicos. Tras valorar radiografía de abdomen previa se decide contactar con Radiología y debido a dudas diagnósticas, se realiza TC Abdomino-pélvico, informándose como oclusión colónica y perforación rectal. El paciente es intervenido de urgencia realizándose técnica Hartmann con colostomía terminal con éxito. El paciente es dado de alta sin presentar incidencias durante el postoperatorio a los 5 días de la intervención.

CONCLUSIONES:

La oclusión intestinal constituye alrededor del 15% de los ingresos hospitalarios por dolor abdominal y es una causa significativa de mortalidad hospitalaria. El pronóstico de este síndrome depende primordialmente del rápido diagnóstico, la causa que lo produce y su localización. Los pacientes con cuadros oclusivos pueden presentar clínica indistinguible de los subocclusivos. La radiografía simple del abdomen es esencial para el diagnóstico de la oclusión y pseudooclusión intestinal. En casos de sospecha de oclusión completa, isquemia, perforación o dudas diagnósticas debe indicarse TC de abdomen.

P-2265

A MI HIJA SE LE HINCHA EL CUELLO AL LLORAR

**P Castillo Jiménez, P Navarro Gallardo, M Rizo Hoyos,
E Moriel Santaella, J Martín Peñuela**

Hospital de Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: thyroglossal-duct-cyst

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Niña de 1 año derivada al servicio de Urgencias por su pediatra por presentar lesión localizada en región cervical (no evidenciada con anterioridad según refería la madre) junto con cuadro de fiebre de hasta 39°C, mucosidad y tos de dos días de evolución. Correctamente vacunada. No enfermedades previas, sin alergias conocidas. A la exploración buen estado general. Orofaringe hiperémica. Exploración cervical: lesión ovalada y elástica de consistencia blanda en cara anterior de línea media cervical, supraesternal, que aumenta de tamaño con la tos y el llanto. No signos inflamatorios. En la ecografía se evidencia imagen quística, cervical paramediana izquierda, de contenido líquido, en contacto con el istmo tiroideo, que se proyecta apicalmente, con diámetro de 2cm. Diagnóstico sugestivo de quiste del conducto tirogloso. Se decide tratamiento sintomático de cuadro intercurrente actual una vez descartada la complicación infecciosa de la masa cervical y se decide derivación a cirugía pediátrica para extirpación de forma programada.

CONCLUSIONES:

El quiste del conducto tirogloso es la malformación congénita más frecuente. Se localiza en la línea media (a lo largo del conducto tirogloso desde la lengua hasta la escotadura supraesternal) aunque puede localizarse en una situación ligeramente lateral (como el caso de nuestra paciente). Su diagnóstico es clínico: es indoloro, bien delimitado, redondeado y asciende con los movimientos deglutorios al estar unido al hueso hioides. La ecografía puede ayudarnos en el diagnóstico diferencial con el resto de malformaciones congénitas. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica, en primer lugar para evitar su sobreinfección y fistulización posterior, lo que es relativamente frecuente, y en segundo lugar dadas las posibilidades de malignización (1%: carcinoma papilar) que tiene a partir de la 3.a a 4.a década de la vida.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2266

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UNA CRISIS HIPERTENSIVA

B García Gollonet, J Cano García, MA Bernal Hinojosa, E Espínola Coll, CA Yago Calderón, JM Garrido González

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: headache-high blood pressure-pheochromocytoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

ANAMNESIS: Mujer de 18 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude a urgencias en dos ocasiones por cefalea occipital y edemas maleolares de un mes de evolución, detectando tensión arterial (TA) elevada y siendo dada de alta con diagnóstico de crisis hipertensiva. Acude por tercera vez por persistencia de hipertensión arterial (HTA) a pesar del tratamiento pautado por su médico de atención primaria. En esta ocasión se realiza analítica de sangre y orina. Ante una HTA de difícil control en una paciente joven y el hallazgo de proteinuria, se decide ingreso en el servicio de Nefrología para completar el estudio. EXPLORACIÓN FÍSICA: buen estado general, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen sin hallazgos, discretos edemas blandos sin fovea bimaolares. TA máxima registrada 220/120 mmHg. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: hemograma normal, bioquímica con función renal y hepática normales. Sistemático de orina: proteínas 500. Dopamina y Noradrenalina elevadas en orina. Radiografía tórax, electrocardiograma, ECO-doppler abdomen y Ecocardiograma normales. TC abdomen: engrosamiento nodular de 8 mm de suprarrenal izquierda, en posible relación con sospecha clínica de feocromocitoma. Gammagrafía con MIBG: imagen sugerente de feocromocitoma en glándula suprarrenal izquierda. JUICIO CLÍNICO: Feocromocitoma. EVOLUCIÓN: requirió ingreso hasta conseguir un control adecuado de la TA y fue programada para extirpación quirúrgica. Continúa seguimiento en consulta externa de Nefrología.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente que acude a urgencias en repetidas ocasiones por el mismo motivo, debemos detenernos y realizar pruebas complementarias que nos orienten el diagnóstico si es necesario. En este caso tenemos que plantearnos otros diagnósticos diferenciales ante una paciente joven que presenta cifras elevadas de TA sin antecedentes que lo justifiquen.

P-2267

¿ESTREÑIMIENTO O ALGO MÁS?

S Bedad Aali, A Rojas Sánchez, M Gómez Varón, I Ortega Gálvez, G Gálvez Santiago, R Manzano Rodríguez

Hospital de Baza. Granada

PALABRAS CLAVE: estreñimiento-neoplasia-exploración física

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 62 años, poco frecuentador a los servicios médicos y sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude a urgencia por estreñimiento y dolor abdominal tipo retortijón de varias semanas de evolución. En los últimos tres días refiere ligero aumento del dolor abdominal, episodios de diarrea (por rebosamiento), nula ventosidad y vómitos ocasionales. No pérdida de peso ni de apetito, si astenia de meses de evolución. A su llegada presenta buen estado general, eupneico en reposo y hemodinámicamente estable. En la exploración física, presenta un abdomen distendido, timpánico sin masas ni megalias con ligero dolor a la palpación profunda y aumento del peristaltismo intestinal. Se realiza tacto rectal donde no se objetivan heces en ampolla rectal con dedil limpio pero si sensación de masa a unos 5-6 cm del ano. Se solicita bioquímica, hemograma, coagulación que fueron normales y radiografía de abdomen donde se evidencia dilatación de todo el colon con stop a nivel de sigma sin presencia de gas distal y superando los 10 cm de dilatación a nivel cecal, con válvula ileocecal competente. Posteriormente se objetiva dicha lesión en TC de abdomen y donde se describe como muy sugerente de neoplasia. Se comenta el caso con cirugía y se decide intervención quirúrgica urgente. En la biopsia y estudio de extensión se confirma el diagnóstico: Adenocarcinoma de recto T1N2M1.

CONCLUSIONES:

La presentación de este caso se fundamenta en la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física, aspectos importantes y fundamentales para el diagnóstico médico, incluso en motivos de consultas que a priori parecen banales, pero que pueden esconder patología mas graves.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2268

SIN PRODRAMOS SUFRO DESPLOMOS

P Cuadros Lerín, N Algado Selles

Hospital Marina Baixa. Alicante

PALABRAS CLAVE: adenocarcinoma-esófago-metástasis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS: Varón de 45 años. Fumador (25 años/paquete). Bebedor de 40 gr. de etanol/día. No obesidad. No tratamiento crónico. Niega enfermedad por reflujo gastroesofágico. Motivo consulta: parestesia y pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo de 24 horas de evolución que en las últimas 12 horas asocia disminución progresiva de fuerza (no ascendente) en ambas piernas e incapacidad para deambular. Presenta dolor lumbar desde hace 3 semanas. No traumatismo previo. Pérdida de 5 kg en el último mes. No astenia, anorexia ni fiebre. Exploración: ACP: normal. MMII(miembros inferiores): Fuerza 4/5, Miembros superiores: 5/5. Parestesias desde nivel epigástrico hasta parte más distal de MMII. Pulsos MMII presentes y simétricos. Lassegue negativo. Tacto rectal: no hipotonía esfínter. Pruebas complementarias: Analítica: 14,63 miles/uL. Neutrófilos/mm3 11,9 miles/uL. CK 193 U/L. Proteína C Reactiva <0,50 mg/dL. Calcio 9,1 mg/dL RX tórax y TC cerebro: sin alteraciones RM columna cervical, dorsal y lumbar: Fractura-aplastamiento de C6 y D4, y componente de partes blandas asociado que condiciona importante estenosis segmentaria del canal raquídeo y estenosis foraminal severa en niveles C5-C6, C6-C7, D3-D4 y D4-D5. Alteración de intensidad de señal de la médula ósea en C6, C7, D1, D3, D4 y D5, múltiples adenopatías y conglomerados adenopáticos retroperitoneales, adenopatía supraclavicular izquierda, hacen sospechar enfermedad metastásica o síndrome linfoproliferativo. Diagnóstico diferencial: Compresión de la cola de caballo. Guillain-Barré. Poliomieltitis aguda. Discaliemia. Síndrome de compresión medular aguda, Mielopatía aguda transversa. Evolución: se inicia dexametasona intravenosa, presentando recuperación sensibilidad y fuerza en miembros inferiores de 4/5. Frotis de sangre periférica e inmunoglobulinas: normales. Biopsia de adenopatía supraclavicular izquierda: Mucosa de esófago adenocarcinoma. Esofagogastroduodenoscopia: Neoplasia de tercio inferior esofágico. Diagnóstico definitivo: adenocarcinoma tercio inferior esofágico estadio iv. metástasis ganglionares múltiples y óseas con compresión medular C6-D4. mielopatía aguda transversa de causa metastásica. Tratamiento: dexametasona, radioterapia, y quimioterapia paliativa.

CONCLUSIONES:

Las manifestaciones metástasis son en muchas ocasiones la primera sintomatología que presentan los pacientes con adenocarcinomas de esófago, asociándose este al tabaquismo y la obesidad siendo su principal factor de riesgo el esófago de Barrett. Estableciéndose así la anamnesis como la herramienta más potente para orientar su diagnóstico en urgencias.

P-2269

ES COMO SI SE ME FUERAN LAS PIERNAS...

S Moreno Ruiz (1), R Rubio Díaz (1), S García Martín (1), E García Tercero (1), S Serrano Gómez (1), Y Sánchez Del Viso (2), J Aguilar Florit (1)

(1) Hospital Virgen de la Salud. Toledo. (2) Centro de Salud de Benquerencia. Toledo

PALABRAS CLAVE: marrow-hypoesthesia-myelopathy

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: debilidad de miembros inferiores. Se trata de un paciente de 65 años, hipertenso, dislipémico y fumador, que acude a Urgencias por dolor torácico de 15 días de evolución que describe de localización anterior, lateral y posterior, instauración brusca, intenso, variable según la postura. Posteriormente inicia debilidad y alteración sensitiva que empieza en región proximal de las piernas que se extiende hacia abdomen y región distal de piernas. Además se asocia a sacudidas involuntarias de las piernas y varias caídas durante este tiempo. En la exploración física destaca paraparesia miembros inferiores III/IV y ROT aquileos +++/++++. RCP flexor bilateral. En cuanto a la sensibilidad: hipoestesia e hipoalgesia a nivel D7-8, más grave en miembros inferiores. Se realizó analítica que no mostró alteraciones. Dados los hallazgos se solicitó RM dorsal urgente donde se objetivó fractura/aplastamiento de los cuerpos vertebrales D5 y D6, con protusión hacia el canal raquídeo y compresión del cordón medular. No se descarta origen tumoral. Diagnóstico diferencial: metástasis, traumática (fractura vertebral, hematoma epi/suddural), degenerativa (hernia, estenosis canal), inflamatoria-granulomatosa (sarcoidosis, tuberculosis), absceso piógeno, enfermedades desmielinizantes, malformaciones vasculares, enfermedades linfoproliferativas. Diagnóstico: Síndrome de compresión medular D6 con fractura dorsal + Mielopatía compresiva. Evolución: el paciente ingresa a cargo de Neurocirugía para completar estudio y tratamiento (laminectomía + artrodesis T4-T8).

CONCLUSIONES:

El síndrome de compresión medular es una indicación de RM urgente, ya que, requiere un diagnóstico y tratamiento inmediatos para prevenir el daño irreversible del cordón medular. La incidencia anual en España es de 23.5 casos/millón de habitante y va en aumento con aproximadamente unos 1000 casos nuevos/año. Las causas más frecuentes son los traumatismos (síndrome medular agudo, gente joven) y las metástasis entre las causas no traumáticas (síndrome medular subagudo, dolor, posterior debilidad de miembros inferiores, déficits sensitivos y pérdida de control de esfínteres). En nuestro caso clínico, el paciente presenta una sintomatología subaguda en relación a mielopatía dorsal compresiva por osteoporosis o causa tumoral.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2293

LUMBALGIA DE DIFÍCIL CONTROL

L Rodríguez Quijano, P Soria Candela, MI Vilanova Barceló, JJ Vives Hernández, EJ Martínez Lerma, MD González Navarro

Hospital Universitario Virgen del Castillo. Murcia

PALABRAS CLAVE: dolor de la región lumbar-disuria-orina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años, fumador de 6 cigarrillos/día, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor lumbar de dos días de evolución, irradiado a flanco y fosa ilíaca izquierdos, con disuria y orina oscura. Temperatura: 36.7°, Tensión Arterial: 123/89 mmHg, Frecuencia cardiaca: 115 lpm, Saturación: 97%. Consciente y orientado, buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen con dolor a la palpación en flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda, resto anodino. Puño percusión renal izquierda positiva. Analítica: Hemoglobina 12.1, Hematocrito 37.9, Plaquetas 284000, Leucocitos 20.300 (85% Neutrófilos, 4% Linfocitos), Urea 39, Creatinina 1.31, PCR 60.38, Procalcitonina 0.94. Orina: pH 5, proteínas ++, leucocitos indicios, Hemoglobina indicios. Sedimento de orina: Hematíes y leucocitos 1-5/campo. Radiografía de tórax: normal. Radiografía de abdomen: Hemiabdomen izquierdo con densidad radiolúcida, asas intestinales a la derecha. Ecografía abdominal: riñón izquierdo con masa sólida de 12x8x8cm compatible con tumor renal. Se diagnostica de masa renal compatible con tumor sólido. Durante su estancia en observación sufre empeoramiento clínico, se realiza TAC abdominopélvico que evidencia colección hemorrágica. Se decide punción evacuadora, siendo ineficaz. Se realiza laparotomía exploradora, precisando nefrectomía izquierda.

CONCLUSIONES:

En nuestra práctica habitual en un servicio de Urgencias nos encontramos con un alto porcentaje de pacientes que consultan por una sintomatología común, no siempre traducida en una patología frecuente, por lo que resulta de suma importancia la realización de una historia clínica detallada, análisis exhaustivo de estudios complementarios y la información al paciente sobre signos de alarma, además de la reevaluación de los pacientes, si es preciso, para confirmar el diagnóstico de presunción.

P-2319

AYUDA, NO RECONOZCO MI VOZ

R Ruiz Merino (1), M Varela Patiño (2), C Laserna Del Gallego (3), B Anton González (4), A Portela Martín (5), S Peña Lozano (6), H Bergaz Díez (6)

(1) C. S. Arturo Eyries. Valladolid Oeste. (2) C. S. Arturo Eyries. GAP Valladolid Oeste. (3) C. S. Rondilla I. GAP Valladolid Este. (4) C. S. Huerta del Rey. GAP Valladolid Oeste. (5) C. S. Covaresa. GAP Valladolid Oeste. (6) C. S. Plaza del Ejército. GAP Valladolid Oeste

PALABRAS CLAVE: VIH-disartria-isquemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 38 años, transgénero hormonal, VIH estadio 1C desde 2007, Hepatitis B tratada, Tuberculosis ganglionar, LUES latente tratado, tratamiento actual con Evra, Kivexa y Viramene. Carga viral indetectable y CD4+ 35-40% en enero de 2017. Acude al Servicio de Urgencias por episodio de disartria, ¿no reconoce su voz como la habitual? de 24h de evolución asociada a sensación de pérdida de fuerza en hemicara derecha y cefalea desde hace dos meses de intensidad moderada, hemicraneal derecha, opresiva que mejora con metamizol. No pérdida de peso, fiebre, alteración de la coordinación, desorientación ni cambio de conducta. En la exploración física TA 178/92, FC 120 lpm, SatO2 100%, Tª 36.6°C. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades dentro de la normalidad. Exploración neurológica leve debilidad facial izquierda, leve déficit del nervio hipogloso derecho sin otra focalidad neurológica. Analítica de sangre normal. TAC cerebral: área focal hipodensa en región frontotemporal derecha que no ocasiona efecto masa ni muestra realce. A valorar lesión isquémica y leucoencefalopatía focal progresiva. Se ingresa a la paciente en el Servicio de Neurología y tras realización de Resonancia Magnética y AngioRM se hace el diagnóstico definitivo: ictus de territorio distal de arteria cerebral media derecha por posible mecanismo embólico arterio-arterial.

CONCLUSIONES:

En el Servicio de Urgencias lo más importante es realizar un buen diagnóstico diferencial para poder solicitar las pruebas complementarias necesarias e iniciar de inmediato el tratamiento adecuado. Con nuestra paciente planteamos un diagnóstico diferencial de focalidad neurológica VIH+: masas cerebrales por toxoplasma, linfoma, citomegalovirus, tumoroma, leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) o isquemia. Tras la realización del TAC en el Servicio de Urgencias pudimos reducir las opciones a dos: isquemia o LMP. Las causas de isquemia más frecuentes en un paciente VIH son vasculopatía, endocarditis trombótica no bacteriana, coagulación intravascular diseminada, meningitis o émbolos sépticos. La LMP es una infección tras la reactivación del Poliomavirus JC que en pacientes inmunodeprimidos provoca pérdida de sustancia blanca y cuyo tratamiento es instaurar cuanto antes el tratamiento antirretroviral. Nuestro paciente seguía de forma adecuada su tratamiento antirretroviral y tenía la carga viral indetectable por lo que todo indicaba una causa isquémica.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2320

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Rodríguez Márquez (1), J Ramos González (2), E Palacín Prieto (3),
P Martínez Díaz (3), I Martínez Díaz (4)

(1) Centro de Salud Torre Pacheco. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud La Unión. Cartagena, Murcia. (3) Centro de Salud San Antón. Cartagena, Murcia. (4) Servicio Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia

PALABRAS CLAVE: polineuropatía-Guillain-Barré-infección respiratoria

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 50 años sin antecedentes personales de interés. Acude a Urgencias por clínica de dolor y parestesia-hipoestesia distales en miembros superiores e inferiores. Refiere que la los diez días previos sufrió cuadro de infección respiratoria con buena evolución. A la exploración, auscultación normal. Neurológicamente presenta dolor radicular lumbar y alteraciones sensitivas distales en guante y calcetín. Reflejos osteotendinosos abolidos (ROT). No debilidad muscular franca a la exploración aunque con torpeza y dificultad para la deambulación. Ante la sospecha de polirradiculoneuritis inflamatoria aguda, se realiza punción lumbar presentadno disociación albúminocitológica (0 leucocitos, 88 proteínas). Se decide ingreso Hospitalario iniciando tratamiento con inmunoglobulinas intravenosa con excelente tolerancia y respuesta clínica. Se realiza electromiografía, que confirma el hallazgo de polineuropatía periférica sensitivo-motora desmielinizante de grado severo y de predominio distal, en estado subagudo de afectación distal (variante desmielinizante de Síndrome de Guillain-Barré). El dolor neuropático fue controlado con desvenlafaxina, amitriptilina, gabapentina y parches de fentanilo. Al cuarto día, precisó sondaje vesical por retención aguda de orina y globo vesical, con retirada progresiva y buena evolución clínica. En analíticas de control, destaca PCR elevada que en controles seriados disminuye progresivamente. Resto normales. Se realiza interconsulta con Rehabilitación comenzando sesiones con respuesta satisfactoria, siendo alta domiciliaria con ROT presentes, fuerza y sensibilidad recuperadas, pudiendo deambular con la ayuda de muletas. Continuó sesiones de rehabilitación ambulatorias y la revisión al mes siguiente, presenta deambulación normal, fuerza y sensibilidad normales sin nuevos episodios de dolor neuropático.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Guillain-Barré es un trastorno autoinmunitario de afectación distal progresiva sensitivo-motora y de rápida evolución y afectación sistémica si no se realiza abordaje y tratamiento prematuro comprometiendo en ocasiones graves la vida del paciente. Generalmente de presentación tras cuadro infeccioso vírico respiratorio o gastrointestinal los días previos. El pronóstico depende de la severidad y tiempo de actuación, pudiendo quedar permanecer secuelas motoras en casos graves. El papel de la rehabilitación durante la hospitalización es crucial para la recuperación del paciente.

P-2321

CEFALEA NO COMÚN. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
PERIVENTRICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Rodríguez Márquez (1), J Ramos González (2), E Palacín Prieto (3),
P Martínez Díaz (3), I Martínez Díaz (4)

(1) Centro de Salud Torre Pacheco. Cartagena, Murcia. (2) Centro de Salud La Unión. Cartagena, Murcia. (3) Centro de Salud San Antón. Cartagena, Murcia. (4) Servicio Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia

PALABRAS CLAVE: hemorragia subaracnoidea-TAC-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 37 años, con antecedentes de ánimo depresivo y fumadora de ½ paquete al día. Tratamiento a demanda con AINE y diazepam. Acude a Urgencias remitida por su Médico de Atención Primaria por cefalea brusca, de súbita aparición, de predominio occipital. Se objetiva tensión arterial (TA) 168/100, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos a la exploración. Mejora parcialmente tras administración de analgesia intravenosa (IV) y se decide alta domiciliaria. A los 5 días es atendida de nuevo en Urgencias por mismo motivo, en esta ocasión acompañados de náuseas y vómitos, con empeoramiento al movimiento cervical y sin respetar el descanso nocturno. No sono ni fonofobia. No aura visual. A la exploración sin signos de focalidad neurológica ni meningismo. Auscultación normal. TA 146/93. Analítica: bioquímica, iones, hemograma y coagulación normal. Se realiza TAC craneal que evidencia formación tubular irregular con expansión ovalada de 14x8 mm compatible con meningioma calcificado o aneurisma de arteria basilar. Se decide ingreso en planta de Neurología que amplía estudio con TAC craneal con contraste y RMN sin claras lesiones focales, sangrados ni aneurismas en polígono de Willis. Se inicia tratamiento con trypizol 10 mg en planta con excelente respuesta quedando cefalea residual leve occipital. Se replantea el caso ante la forma de presentación clínica con la posibilidad de tratarse de una hemorragia subaracnoidea perimesencefálica, con buen pronóstico. Se decide alta domiciliaria con tratamiento analgésico.

CONCLUSIONES:

La hemorragia subaracnoidea perimesencefálica es una entidad relativamente más benigna e infrecuente, de sangrado de origen venoso sin evidenciarse anomalías en las pruebas de imagen. Su forma de presentación no difiere de la hemorragia subaracnoidea clásica, por lo que es necesario el despistaje en primera instancia de sangrado intracraneal ante la sospecha clínica debido a las complicaciones que esta puede presentar y la necesidad de tratamiento precoz.



CASOS CLÍNICOS

P-2323

**SHOCK SÉPTICO E INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO****AM Chuchón Alva (1), H Cabrera Martínez (2),
D Barrio del Masegosa (3), H Rodríguez García (3), I Cordon Dorado
(3), MJ García Miranda (3), AM Ciocea (4)***(1) C. S. Ávila Suroeste. (2) C. S. Ávila Estación. (3) C. S. Ávila Norte. (4) C. S. Ávila Suroeste***PALABRAS CLAVE:** sepsis-insuficiencia suprarrenal-hiponatremia**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción: El shock séptico es la causa más común de muerte de los pacientes ingresados en las UCI no cardiológicos. La mortalidad se asocia a enfermedad de base, gravedad del paciente, número de órganos afectados y las alteraciones del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal. Objetivo: Reconocer los signos y síntomas de Insuficiencia Suprarrenal (ISR) asociada a pacientes con shock séptico. Paciente y método: Mujer de 23 años, con antecedente de Hipotiroidismo primario autoinmune, traída en SVB a Urgencias por obnubilación, hipotensión e hipoglucemia de 24 horas de evolución. Dos días antes inició con fiebre, taquicardia, vómitos y deposiciones líquidas con algún resto de sangre y moco. T:37,6°C, TA:91/37mmHg, FC: 137lpm, Sat:95% con VMSK 31%. Glucemias 42- 46-52-70. Mal estado general, somnolencia. Hiperpigmentación cutánea incluso en zonas no expuestas al sol. Petequias en párpados inferiores. Sequedad de piel y mucosas. Hipoperfusión distal. Glasgow variable (12- 8). Pupilas midriáticas (4mm) con reflejo pupilar directo y consensuado conservados. Balance muscular 5/5. Reflejos cutáneos plantares flexores simétricos. ROT patelares y bicipitales ausentes. No signos meníngeos ni rigidez de nuca. Lenguaje comprensible y coherente. Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha con dudosos signos de irritación peritoneal y abundante peristaltismo. Ausencia de pulsos pedios y tibiales posteriores. Pulsos carotídeos presentes simétricos débiles. Análiticamente destaca hiponatremia, acidosis metabólica, coagulopatía, Procalcitonina 50.16 y Proteína C reactiva 5.46. Tóxicos en orina y etanolemia negativos. TC craneal urgente sugiere posibilidad de edema cerebral difuso, proceso inflamatorio/infeccioso cerebral o encefalopatía tóxica/metabólica. TC abdominopélvico sugiere edema periportal o proceso inflamatorio-infeccioso hepático o biliar como causas más probables. Hemocultivo y urocultivos negativos. LCR bioquímicamente normal con cultivos negativos. Resultados: Ante sospecha de Shock Séptico iniciamos tratamiento con Bicarbonato, antibioterapia empírica y fluidoterapia intensa. Debido a hipotensión mantenida iniciamos perfusión de Dopamina, Noradrenalina iv hasta 1,32mcg/kg/min e ingresa en UCI donde proceden a IOT y corticoterapia. Tras estabilización ingresa a cargo de MI cuyo estudio hormonal sugiere ISR.

CONCLUSIONES:

La incidencia de ISR es elevada en los pacientes con shock séptico y se asocia con una mayor mortalidad. La mejoría hemodinámica de algunos pacientes con shock séptico tras la administración de hidrocortisona sugiere la importancia de reconocer esta entidad.

P-2324

NEUROCISTICERCOSIS**MM Rodríguez Carrasco (1), C Hernández Durán (2),
F Molina Anguinta (3), S Morcillo Cebolla (4)***(1) C. S. Orcasitas. Madrid. (2) Hospital 12 de Octubre. Madrid. (3) C. S. La Florida. Madrid. (4) C. S. Los Rosales. Madrid***PALABRAS CLAVE:** neurocisticercosis-parásito-cefalea**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de unos 33 años, natural de Ecuador, que consultó en Urgencias por cuadro de cefalea holocraneal de predominio temporal asociado a náuseas, con episodios aislados de mareo sin pérdida de conocimiento ni sensación de giro de objetos, y visión borrosa intermitente, de unos 4 a 6 meses de evolución, que se había hecho más intensa en las últimas 2 semanas con aumento de náuseas y aparición de vómitos. A su llegada a Urgencias, el paciente presenta una crisis convulsiva tónico-clónica, con adecuada recuperación del nivel de conciencia, por lo que se realizó TC craneal que evidenció la presencia de lesiones quísticas con efecto masa, sugerentes de Neurocisticercosis como primera opción, por lo que ingresó en UCI posteriormente, para vigilancia neurológica, estudio de las lesiones e inicio de tratamiento, donde se inició tratamiento con Albendazol 400 mg / 12 horas, completando tratamiento con antibioterapia de amplio espectro para cubrir otras etiologías infecciosas hasta el resultado de cultivos. Al alta el paciente se fue con Albendazol y Praziquantel hasta completar 10 días, dexametasona en pauta descendente y Keppra, para control posterior por S. Neurología.

CONCLUSIONES:

La neurocisticercosis es la afectación del sistema nervioso central causada por la larva del helminto taenia solium. El ser humano adquiere la teniasis cuando come carne de cerdo poco cocinada o cruda que contiene cisticercos. Es una zoonosis de distribución universal, endémica en países de bajo nivel socioeconómico y excepcional en nuestro entorno hasta hace unos años, aunque últimamente ha aumentado su prevalencia a costa de la población inmigrante. La manifestación clínica más frecuente son las crisis tonicoclónicas, seguida de cefalea y otros síntomas de hipertensión endocraneal: náuseas, vómitos, disminución del nivel de conciencia, alteraciones del comportamiento y otros déficits neurológicos focales. La educación para la salud es primordial cuando se tiene un paciente con cisticercosis y siempre es aconsejable extender la búsqueda de nuevos casos en otros miembros del grupo familiar.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2325

SÍNDROME CATARRAL Y PARÁLISIS FACIAL BILATERAL

C Corugedo Ovies (1), HM Mendes Moreira (1), R Sánchez Rodríguez (1), ML García Estrada (1), D Cuetos Suarez (1), JC Cobo Barquín (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. (2) C. S. Siero-Sariego. Asturias

PALABRAS CLAVE: ataxia-disartria-parestesias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 36 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por cuadro de hipoestésias y parestesias bilaterales en región malar de 15 días de evolución en contexto de un cuadro vírico. La paciente había frecuentado con anterioridad el servicio denotando falta de sensibilidad en región facial sin alteraciones neurológicas a otro nivel. No refiere medicación domiciliar, ni traumatismo craneal reciente. En esta ocasión acude por persistencia y evolución de parestesias e hipoestésias bilaterales en región malar con dificultad para la articulación del lenguaje y con marcha inestable siendo incluso necesaria la ayuda de una 3ª persona para la deambulación. Presenta dolor lumbar, sialorrea y dificultad para la deglución de saliva acompañado en las últimas 24 horas con fiebre de 38°. A la exploración: Ta 131/87 SatO2 97%, sin trabajo respiratorio. ACP hipoventilación en bases. Abdomen anodino. EEII sin edemas ni signos de TVP. A la exploración neurológica: alerta y orientada. No afasia. Disartria moderada. Reflejo fotomotor Pérezoso. Imposibilidad para oclusión completa de ambos ojos. Parálisis facial periférica bilateral, más evidente en el lado derecho. Imposibilidad para sacar la lengua. MMSS: paresia 4/5 en MSD de predominio distal. MMII: 4/5 en MII, 3/5 en MID de predominio distal. Analítica VSG elevada resto normal. Serologías negativas. Drogas de abuso negativo. Ante la evolución del caso se solicita TC craneal de urgencia sin observarse masas ni sangrados agudos, por lo que se realizó punción lumbar con resultado compatible para Síndrome de Guillain-Barré. La paciente ingresa a cargo de Neurología con tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas no presentando mejoría siendo necesario ingreso en UCI por aumento de trabajo respiratorio y secreciones requiriendo oxigenación a altos flujo y colocación de sonda para alimentación enteral. La paciente presentó buena evolución.

CONCLUSIONES:

Nos encontramos ante una presentación atípica de un Sd de Guillain Barré, debido al comienzo de su afectación a nivel bulbar con posterior clínica de arreflexia y debilidad distal. El tratamiento va encauzado al control de la reacción inflamatoria y la aceleración de la recuperación pudiendo usarse plasmaferesis o inmunoglobulinas, siendo de elección estas últimas debido a facilidad de administración.

P-2326

A LA VEJEZ, PERITONITIS

JN Gaibor Quiroz, FJ Sánchez Galindo, P Barbero Barbero, JG Lara Lara, I Córdón Dorado, F Juanes Toranzo, M Martín Sánchez

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

PALABRAS CLAVE: pielonefritis xantogranulomatosa-peritonitis-Blumberg

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 86 años con antecedentes de Hta e Insuficiencia venosa en tratamiento que acude a Urgencias derivada por facultativo por dolor abdominal intenso de tipo continuo de 4 días de evolución que no mejora con la toma de analgésicos sin náuseas ni vómitos, ritmo intestinal conservado. No refiere otra sintomatología. Al examen físico normotensa apirética y eupneica. Abdomen distendido, muy doloroso a la palpación en hipogastrio y Fosa iliaca izquierda, Blumberg ++. Puño percusión negativa. Ruidos aumentados con timpanismo. Tacto rectal con heces blandas. En la analítica se observa Leucocitosis 30.7, Creatinina 2.22, Proteína C reactiva 38.84. Sin otros hallazgos patológicos. En Rx Torax PA y LA: mínimo derrame pleural izquierdo. Rx de abdomen en bipedestación: Asas intestinales dilatadas con niveles hidroaéreos. En visto de hallazgos clínicos y analíticos se solicita ecografía abdominal que Radiología debido a la mala ventana y la dificultad de poder describir con detalle las lesiones del paciente se amplía a Tac Abdominal sin contraste por Insuficiencia Renal con los siguientes hallazgos: Estudio limitado por la ausencia de contraste intravenoso en TC. Hay datos que sugieren la existencia de una pielonefritis xantogranulomatosa asociada a una litiasis coraliforme renal inferior derecha, con una colección perirrenal que a su vez no presenta solución de continuidad con otra en el espacio pararenal anterior derecho. Además hay claros signos de peritonitis generalizada, posiblemente purulenta. Colon sigmoide presenta divertículos, que no muestran datos de complicación aguda.

CONCLUSIONES:

La pielonefritis Xantogranulomatosa es una forma atípica de pielonefritis crónica que constituye el 1% de las pielonefritis. Se caracteriza por la destrucción del parénquima renal y su sustitución por macrófagos cargados de lípidos. Se suele asociar a nefrolitiasis e infecciones por proteus mirabilis lo que se relaciona con la litiasis coraliforme hallada en la paciente. Es muy raro que una pielonefritis xantogranulomatosa origine una peritonitis, pero hay algunos casos descritos en la literatura. El Tac es la prueba de elección ante la sospecha de esta entidad, en este caso es un estudio limitado por la Insuficiencia renal del paciente siendo imposible descartar que el origen de la peritonitis sea otro, incluyendo la posibilidad de isquemia intestinal.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2327

ESTATUS EPILEPTICO

B Vélez Gómez, R Tallón Aguilar*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla***PALABRAS CLAVE:** estatus-epilepsia-ictus**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 77 años con los siguientes antecedentes personales: Exfumador. DM 2 e HTA. Hiperuricemia, lumbociatalgia y HBP. Tratamiento: AAS 100 mg/día, Alopurinol, Enalapril 20/Hidroclorotiazida 12.5 mg/día, Tamsulosina, Metformina 850 mg/8 h, Budesonida, Atroaldo, citalopram 20 mg/día y Fentanilo parches 12.5 mg/72 h. La mañana del 20/02/2017, cuando los familiares fueron a despertarlo, lo encontraron con ojos abiertos sin emitir lenguaje ni reconocer a ninguno de sus hijos ni responder a órdenes, con movimientos estereotipados. Diarrea sin productos patológicos desde el día anterior. No fiebre. No otra sintomatología en la anamnesis dirigida. En la exploración física, apertura ocular espontánea. No dirige la mirada a la llamada. No emite lenguaje. No obedece órdenes. No respuesta palpebral ante reflejo de amenaza. No impresiona de paresia facial. Moviliza los miembros de manera simétrica ante estímulos dolorosos intensos. RCP flexor bilateral. Pruebas complementarias: analítica sanguínea en la que destacaba creatinina de 1.38, potasio de 7.5 (se comprobó con GSV, donde se obtuvo potasio 6.6), CPK 421 y Troponina T 220.4. Elemental de orina negativa. ECG con BIRDHH y descenso del ST de V2 a V5. Radiografía de Tórax normal. TC de Cráneo con leucoaraisis moderada, atrofia subcortical y probable infarto lacunar en cápsula interna izquierda en brazo anterior. EEG concordante con estatus parcial frontal-temporal izquierdo. Ante la sospecha de estatus no convulsivo, se inició tratamiento con Levetiracetam y se decidió ingreso en Medicina Interna para manejo diagnóstico y terapéutico.

CONCLUSIONES:

El estatus epiléptico se define como aquella crisis epiléptica clínica o electroencefalográfica que se mantiene más de 5 minutos, o bien dos o más crisis epilépticas sin recuperación completa de la conciencia entre ellas o más de dos crisis generalizadas en una hora. El estatus se clasifica en convulsivo o no convulsivo y, a su vez, en focal o generalizado. Su diagnóstico precisa de un alto grado de sospecha, por lo que se trata de una patología infradiagnosticada. Para ello, es imprescindible la realización de un EEG. Además, es fundamental determinar la etiología del mismo. Se trata de una urgencia médica con una alta tasa de mortalidad que requiere un inicio de tratamiento precoz persiguiendo la finalización de este y evitar la recurrencia.

P-2329

NO ESTOY FINGIENDO: IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS

AM Gutiérrez García, MM Reina Martín, D Ternerero Escudero*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga***PALABRAS CLAVE:** síndrome conversivo-malformación arteriovenosa-ACV**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso. Paciente de 29 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con desvenlafaxina que acude a urgencias por cuadro de síncope y por cefalea intensa de características holocraneales de 30 minutos. Se cataloga de crisis conversiva tratándose con Diazepam 5 mg sublingual debido a los antecedentes de la paciente. A pesar del tratamiento, la paciente continúa con cefalea intensa y desarrolla disartria, hemiparesia del cuerpo izquierdo y desviación de la comisura bucal derecha ampliándose pruebas complementarias. Exploración y pruebas complementarias TA: 121/87 FC 80 lpm SatO2: 100% PICNR. Hemiparesia facial derecha con hemiplejía izquierda. RCP flexor bilateral. ACR: Tonos rítmicos sin soplos. No ruidos sobreañadidos. Analítica sanguínea: Anodina. ECG: Ritmo sinusal a 75 latidos sin alteración de la conducción o de la repolarización. TC Craneal: Hematoma intraparenquimatoso agudo a nivel de la ínsula/región temporal anterior derecha de 48 x 30 mm de diámetros axiales aproximados. Ejerce efecto masa con borramiento de surcos y desplazamiento de la línea media hacia contralateral. Juicio Clínico Malformación arteriovenosa con rotura espontánea ACM derecha con morfología irregular. Diagnóstico diferencial Síndrome ansiosodepresivo. Síndrome conversivo. ACV Isquémico o hemorrágico. Evolución: Se realizó tratamiento endovascular del aneurisma sin complicaciones. Permanece ingresada durante 14 días más en la UCI y posterior traslado a planta donde evoluciona favorablemente. Posteriormente, se reinterviene para craneoplastia con hueso autólogo sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

En el ámbito de las urgencias existe la tendencia a perjudicar al paciente por su motivo de consulta tras el triage sobretodo 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.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2330

FÍSTULA AORTOENTÉRICA.
UN DIAGNÓSTICO MORTAL A TENER EN CUENTA

M Díaz Muñoz, A Portero Bolaños, A Infantes Montiel

Hospital La Merced. Osuna, Sevilla

PALABRAS CLAVE: prótesis vascular-melena-fístula

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 64 años con arteriopatía periférica intervenida mediante bypass aortofemoral que acude a urgencias por presentar melenas de varios días de evolución y aparición de vómitos en posos de café desde el mismo día de la consulta. Hemodinámicamente estable (Tensión arterial: 120/93 mmHg). Abdomen globuloso, blando y depresible sin masas ni megalias. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal ni defensa involuntaria. Blumberg y Murphy negativos. Presentaba al tacto rectal restos hemáticos oscuros mezclados con heces, no palpándose masas ni visualizándose fisuras anales en la inspección externa. Se efectúa una endoscopia digestiva alta diagnóstico-terapéutica de urgencia considerándose las lesiones objetivadas no subsidiarias de tratamiento hemostático endoscópico urgente. Se hallaron tres ulceraciones milimétricas sobre pliegues fúndicos con resto de hematina adherida no siendo estas lesiones subsidiarias de tratamiento hemostático. Súbitamente, el paciente comienza con cuadro de melenas severa y hematemesis franca. Se constata anemia severa (alcanzando hemoglobina 2.0 g/dL, hematocrito 6.6%, plaquetas 56 mil/mm³) haciéndose necesario intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica invasiva y canalización de vía central. Se inicia soporte vasoactivo y protocolo de transfusión masiva (perfusión de plasma fresco congelado además de transfusión de concentrados de hematíes y plaquetas.) Se decide laparotomía exploratoria: Se identifica el origen del sangrado en fístula aortoentérica desde bypass previo. Se consigue suturar y detener el sangrado. A pesar de todo el paciente presenta cuadro de bradicardia progresiva que desemboca en asistolia sin margen para aumentar el soporte terapéutico.

CONCLUSIONES:

Ante todo sangrado digestivo en pacientes portadores de prótesis vasculares habría que incluir las fístulas aorto-entéricas dentro del diagnóstico diferencial. Es importante recordar la muy baja incidencia de esta patología como causa de hemorragia digestiva y la alta mortalidad. El pronóstico depende de un diagnóstico temprano y un tratamiento enérgico. Por ello es necesario hacer pruebas clínicas tipo angio-TC para despistaje de esta anomalía en todo paciente con antecedentes de prótesis o bypass. Por otra parte, plantearse la laparotomía diagnóstica-terapéutica ante hemorragias digestivas con gran inestabilidad hemodinámica que no permiten la demora que suponen otros medios diagnóstico-terapéuticos.

P-2332

ENCEFALITIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

E Martínez López, I Pérez Orbís

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: encefalitis-herpes zoster-inmunosupresión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 79 años con antecedentes de Leucemia Linfática Crónica-B con transformación a Linfoma de Hodgkin clásico estadio IVB (Síndrome de Richter), en tratamiento quimioterápico con protocolo AVD (doxorubicina, vincristina y dacarbacina) que acude a urgencias por síndrome febril de 3 días de evolución. Cuatro días atrás se había suspendido ciclo de quimioterapia por objetivarse herpes zóster en últimas metámeras dorsales derechas, pautándose valaciclovir oral. En la exploración física destacaban erosiones sobre base eritematosa de distribución metamérica en región dorsal baja derecha. Resto de exploración física y neurológica normales, sin focalidad ni signos de irritación meníngea. Se solicitaron como pruebas complementarias analítica sanguínea que resultó anodina con mínima elevación de reactantes de fase aguda (PCR 8,6 mg/L), radiografía de tórax, sistemático de orina, y TAC craneal sin hallazgos patológicos. Ante la ausencia de foco infeccioso se realizó estudio de líquido cefalorraquídeo en el que se objetiva pleocitosis linfocitaria, por lo que ante la sospecha de posible diseminación herpética vs infiltración linfomatosa se inicia tratamiento empírico con Aciclovir intravenoso, confirmándose posteriormente PCR del Virus Varicela Zoster positiva.

CONCLUSIONES:

La infección cutánea por Virus Varicela Zoster y sus complicaciones son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos. La encefalitis es una de las complicaciones neurológicas, que se presenta más frecuentemente a mayor cercanía de los dermatomas afectados con el sistema nervioso central. En este tipo de pacientes, la encefalitis suele estar mediada por vasculitis de pequeño vaso desarrollando el paciente un cuadro de cefalea, fiebre, alteraciones de conciencia, crisis comiciales o déficits focales, si bien en un 40% de los casos puede cursar de forma asintomática sobretodo cuando el dermatoma afectado se sitúa más distante al sistema nervioso central. El diagnóstico de encefalitis por Virus Varicela Zoster incluye manifestaciones neurológicas, análisis del líquido cefalorraquídeo (sugestivo pleocitosis linfocitaria con proteínas normales o levemente elevadas y glucosa normal, confirmándose el diagnóstico mediante detección por PCR de ADN del Virus varicela Zoster) y ausencia de otros patógenos identificables en LCR. El tratamiento se efectúa mediante aciclovir intravenoso durante un periodo de 10-14 días.



CASOS CLÍNICOS

P-2334

DOLOR TORÁCICO INESPECÍFICO

N Mayoral Canalejas, SS Mendoza Lizardo, MM Bermejo Olano,
JI Collado Álvarez, M Pérez Figueras, M Ruiz Muñoz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: aorta, thoracic-chest pain-stents

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 71 años con antecedentes personales de HTA, DM y obesidad mórbida. Acude a Urgencias por dolor torácico sugestivo en la anamnesis de cardiopatía isquémica realizándose radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica con marcadores de daño miocárdico que resultaron normales, por lo que se procedió al alta con juicio clínico de dolor torácico atípico para isquemia. A los tres días vuelve a acudir a urgencias por persistencia del dolor, EVA 5, que se irradia a flanco izquierdo, empeora con la flexión del tronco y el decúbito izquierdo, no modificándose con el ejercicio, con la ingesta ni con la inspiración, sin asociar clínica infecciosa, ni disnea. Días previos bien. En la exploración física se encontrada hemodinámicamente estable con una exploración anodina. Se realiza radiografía de tórax que mostraba redistribución vascular y un derrame pleural izquierdo. En ECG ritmo auricular con BIRI ya conocido, en analítica hemograma, transaminasas y marcadores de daño miocárdico en rango, sólo destacando una PCR de 104. Se decide ingreso cubriendo con antibioterapia. Al día siguiente en analítica elevación DDímero, realizada gammagrafía pulmonar sin hallazgos de TEP agudo. Se intenta toraocentesis eco-guiada que se desestima por escasa cuantía de líquido pleural. Durante su ingreso en planta los datos analíticos van mejorando pero se solicita TC para descartar probable TEP con hallazgo incidental de hematoma intramural con úlcera aórtica aguda en aorta torácica descendente. Se avisa a cirugía vascular que procede a colocación de endoprótesis torácica.

CONCLUSIONES:

Los síndromes aórticos agudos son raramente identificados incidentalmente ya que la mayoría presenta signos de gravedad al diagnóstico. En particular en los casos de úlcera aórtica los síntomas pueden ser menos expresivos. Para la orientación diagnóstica podemos tener en cuenta que en la radiografía de tórax se puede encontrar ensanchamiento mediastínico y que aunque no existan biomarcadores analíticos específicos, un D-dímero bajo puede ayudar a excluirlo. Por tanto la patología aórtica es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en la urgencia aunque no se presente siempre con la sintomatología característica con datos de shock o isquemia.

P-2335

EL RETO DE DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTE
PSIQUIÁTRICA: PARESTESIAS FACIALES EN MUJER
POSMENOPÁUSICA DEPRESIVA/CONVERSIVA

A Cuadrado González (1), MP Poveda Serrano (1),
ML Catalán Ladrón (1), M Urdaz Hernández (1), C Medina Sanz (2),
I Rodríguez Mijangos (1)

(1) Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza. (2) Hospital Royo Villanova. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: parestesias-ansiedad-meningioma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 56 años con antecedentes de Síndrome conversivo vs trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos y Tramadol 100mg que acude por tercera vez a urgencias por referir, de forma súbita, parestesias peribucales que, en 24 horas se extendieron a toda la hemicara izquierda, cuero cabelludo, que en ocasiones se extiende a manos y pies acompañado de debilidad generalizada y bradipsiquia que ha ido empeorando en los dos meses previos a la consulta actual, hay ligera pérdida del sentido del gusto, no claudicación mandibular. Las disestesias las refiere como desagradables, aunque no dolorosas. Se había iniciado tratamiento con Tramadol, pensando en una neuralgia trigeminal sin obtener respuesta. A la exploración física, destaca bradipsiquia y bradilalia, con Glasgow 15/15, disminución de sensibilidad superficial, profnuda, vibratoria y termoalgésica en hemicara y hemicráneo izquierdo, no se objetivan fasciculaciones linguales con fuerza mandibular conservada. No se objetivan otras alteraciones neurológicas. Entre todas las exploraciones complementarias, se realiza un TAC CRANEAL donde se destaca voluminosa masa frontotemporal izquierda isodensa de contornos bien definidos, muy vascularizada, edema perilesional, intenso realce homogéneo que mide unos 72x50x82 mm (LxTxAP). Provoca gran efecto masa desplazando la línea media unos 10 mm, compresión del sistema ventricular, borramiento de las cisternas basales, herniación subfalciana, uncal, probablemente transtentorial descendente y leve erosión de la escama temporal. Se inició tratamiento con Dexametasona IV a bolos y se mantiene fluidoterapia trasladándose al Hospital Clínico Universitario una vez consensuado con el servicio de Neurocirugía. La paciente fue intervenida de urgencias realizándose exéresis del meningioma y colocación de plastia dural con buena respuesta clínica y tomográfica y recuperación posterior manteniéndose asintomática. Inicialmente se dejó con anticomitial profiláctico que se ha podido retirar sin incidencias.

CONCLUSIONES:

Las parestesias faciales son un motivo frecuente de consulta, su exploración requiere un conocimiento anatómico adecuado de la distribución topográfica de las tres ramas del trigémino para determinar su naturaleza orgánica o psicógena.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2336

LA ENFERMEDAD SISTÉMICA TRAS LA CEFALEA

T Bernabeu Torregrosa, A Albiñana, R Martín Ivorra, I Nakonetchnyi Tolchin, R Vizcaíno Pinedo, L Cifuentes García, A Mercado

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: cefalea-trombosis venosa cerebral-Behçet

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso clínico del un varón de 19 años con antecedentes de glomerulonefritis por lesiones mínimas y sin otros antecedentes de interés que acude a urgencias por cefalea de diez días de evolución. La cefalea la describía como hemicraneal derecha pulsátil continua en pinchazos con sonofobia y fotofobia, intensa que incluso le despertaba por la noche, no se modifica con el Valsalva y a la que se le añadían náuseas con vómitos. El paciente presentaba además aftas orales recurrentes dolorosas desde la infancia que no dejan cicatriz que también presentaban familiares suyos de primer grado. El paciente había venido a urgencias en dos ocasiones desde el inicio de la clínica por persistencia de síntomas y pico febril de 38°C, siendo la exploración neurológica normal, y hallando elevación de reactantes inflamatorios en la analítica. Además se realizó una TAC con hallazgo casual de un quiste aracnoideo. Tras control de síntomas se procedió al alta tras comentar el caso con Neurología con tratamiento ambulatorio. El paciente acude por tercera vez a Urgencias por persistencia de la cefalea y otro pico febril. En esta ocasión a la exploración ORL destacaban aftas orales. Se ingresa en Neurología para estudio, realizándose una RMN cerebral que mostraba una Trombosis aguda en el seno transversal y sigmoideo hasta bulbo yugular. Se diagnostica de Enfermedad de Behçet incompleta que se presenta con trombosis de senos venosos cerebrales y aftosis oral recurrente sin antecedentes de artralgias, pericarditis, sacroileitis... Se solicita el HLA B51/52 como apoyo diagnóstico. Durante el ingreso se administró Metilprednisolona 1 mg/kg con mejoría clínica y normalización de la analítica al alta, manteniendo después una pauta de descenso de corticoides y añadiendo Micofenolato de Mofetilo. Además, se administra HBPM a dosis anticoagulantes que se mantiene durante 6 meses a valorar retirada si la neuroimagen fuera normal.

CONCLUSIONES:

En el estudio de la cefalea se ha de tener en cuenta la clínica sistémica del paciente incidiendo en una anamnesis detallada y la exploración física general del paciente además de la neurológica. En el caso de nuestro paciente era síntoma de una trombosis venosa cerebral por enfermedad de Behçet.

P-2337

GLOBO TORÁCICO

A Blanco García, M Andrés Gómez, L Prieto Lastra, P López Tens, D Fernández Torre, J Villar Ramos, M Montes Pérez

Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: disnea aguda-vómitos-hernia de hiato

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

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. Las principales causas son: neumotórax, broncoespasmo, TEP o psicógena, aunque no debe menospreciarse el origen cardíaco u origen abdominal. **OBJETIVOS:** 1.- Importancia de la anamnesis y la exploración física en Urgencias. 2.- No toda disnea súbita es un TEP. 3.- Importancia de la RX de Tórax en disnea. **MATERIAL:** Mujer 77 años, acude a Urgencias por disnea y vómitos. Refiere disnea de 24h de evolución junto con taquipnea y vómitos. No clínica respiratoria. Afebril. No dolor torácico, ortopnea o disnea paroxística nocturna. Como antecedentes: HTA, DM2, Dislipemia, Obesidad, Esquizofrenia, Cor pulmonale secundario a TEP, HDA secundario a hernia de hiato. Como tratamientos: Enalapril+Hidroclorotiazida, Metformina, Repaglinida, Atorvastatina, Olanzapina, Clomipramida-hidrocloruro, Omeprazol. A la exploración: regular estado general, consciente, orientada, TA 120/84, frecuencia cardíaca 84lpm. taquipneica (24rpm), Sat O2 91%. Tª 36,5°C. Cabeza y cuello: no aumento de presión venosa yugular. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso. Resto exploración anodina. **RESULTADOS:** Analítica: Bioquímica normal. Proteína C Reactiva 0,1mg/dL. Hemograma: 16100 leucocitos (83%S), Hb 12g/dL, Hto 37%, Plaquetas 245000. TP 75%, Dímero D 400ng/dL. RX Tórax: Índice cardiotorácico normal. No condensaciones pleuroparenquimatosas. Nivel hidroaéreo retrocardíaco. TAC Toraco-abdominal: no se identifican signos de TEP. Gran hernia de hiato del fundus gástrico y parte del cuerpo con dilatación esofágica. Juicio diagnóstico: Hernia de hiato gigante.

CONCLUSIONES:

2/3 de los pacientes con disnea súbita presentan causa cardíaca o pulmonar, sin embargo no hay que obviar al resto de pacientes donde las patologías abdominales pueden ser la causa. 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. Las hernias diafrágicas se manifestarán en función del tamaño, desde asintomáticas hasta cuadros agudos graves asociando afectación circulatoria y ventilatoria que conlleve a la muerte del paciente. Estudios tan sencillos y rápidos como la RX de Tórax nos pueden ayudar en el diagnóstico: observando niveles hidroaéreos retrocardíacos.



CASOS CLÍNICOS

P-2338

NINGUNA PRESCRIPCIÓN ES INOCUA

AM Arévalo Pardo (1), M Moya De la Calle (2), S Sánchez Ramón (2),
R Álvarez Paniagua (1), M Jaime Azuara (1), R Castellanos Flórez (2)

(1) C. S. Parquesol. Valladolid. (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: miositis-quimioterapia-reacciones adversas y efectos colaterales relacionados con medicamentos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: DM tipo II, HTA, ictus isquémico lacunar hace 16 años. Adenocarcinoma páncreas estadio IV (metástasis hepáticas) tratado con QT paliativa (esquema Gemcitabina Abraxane, último ciclo finalizado hace 4 días). Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por presencia de dolor de inicio hace 48 horas, de características continuas y asociado a edema con fovea en extremidades inferiores, que no disminuye con analgesia habitual (paracetamol e ibuprofeno). Fuerza y sensibilidad conservadas. Niega caídas o lesiones, ni otra sintomatología acompañante. EF: Edema con fovea bilateral hasta rodilla. Dolor óseo a la palpación en extremidad inferior izquierda y región crural derecha. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes. No úlceras ni heridas presentes. Leve eritema pretibial. Resto de exploración sin hallazgos. EC: Analítica: No leucocitosis. Coagulación y Dímero D normales. PCR 78, CK 754. Eco-doppler extremidades inferiores: no datos de trombosis venosa/abscesos. En pierna derecha aumento de tamaño de la musculatura, especialmente los gemelos, con aumento de ecogenicidad, aunque mantiene preservada la estructura fibrilar, alteraciones presentes en el lado izquierdo en menor intensidad. A valorar polimiositis. Diagnóstico diferencial: síndrome paraneoplásico (más frecuente dermatomiositis, no afectación cutánea, excepcional en cáncer de páncreas), TVP (doppler venoso negativo, dímero D normal), Polimiositis (anticuerpos negativos, no necrosis en ecografía), Celulitis (no datos infección activa), Rabdomiolisis (estructura fibrilar preservada en ecografía, no insuficiencia renal, CK sólo ligeramente elevada), amiotrofia diabética (situación aguda), reacción adversa medicamentosa. Durante ingreso se realiza electromiografía: polineuropatía mixta sensitivo-motora moderada sin hallazgos compatibles con polimiositis. Anticuerpos Anti Jo negativos. Biopsia muscular sin necrosis. Ante sospecha de miositis por gemcitabina, se inicia corticoterapia endovenosa, con mejoría significativa del cuadro. Posteriormente es de nuevo valorado en SUH por dermatosis bullosa en ambos pies en probable relación con la gemcitabina (nuevo ciclo finalizado 3 días antes).

CONCLUSIONES:

La miositis inducida por gemcitabina es un efecto adverso extremadamente raro, más frecuente cuando se emplea en combinación con otros quimioterápicos o radioterapia, cuyo diagnóstico es de exclusión. Efectos adversos farmacológicos son motivo frecuente de consulta en Urgencias, por tanto deben ser sospechados ante cuadros poco comunes.

P-2340

TODO EN SU CABEZA...

J Da Mata Nunes, PL Ramírez Cabello, GY Quispe Figueroa,
G Díaz Polanco, F Fernández Salgado

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

PALABRAS CLAVE: astrocitoma-cerebro-neoplasia

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial. Insuficiencia Renal Crónica. Enfermedad Tromboembólica recidivante. Intervenido por Seminoma testicular derecho(hace 20 años). Tratamiento Habitual: acenocumamol según pauta, Candesartán-Hidroclorotiazida (16/12,5 mg) 1 vez al día. Independiente para las actividades de su vida diaria. Varón de 69 años, es traído a Urgencias, en UVI móvil, por episodio de afasia motora y disminución de fuerza en hemicuerpo derecho, seguido de 3 crisis comiciales (tónico-clónicas) con relajación de esfínteres y desviación de la mirada a la izquierda. Es intubado en domicilio, ingreso al Box de parada, se le retira intubación a las 8 horas, mantiene adecuado nivel de conciencia, no vuelve a convulsionar y se le inicia tratamiento profiláctico anticonvulsivante. Exploración: Constantes vitales: Normales. Exploración Neurológica: Afasia de Broca. Anomía. Paresia de hemicuerpo derecho. Claudicación de brazo derecho. Marcha parética, a expensas del MID. ROT aumentados en hemicuerpo derecho. Resto normal. PC: Hemograma: Leucocitos: 17090u/l (Se:88,Cay:0). Bioquímica: Glucosa:154 mg/dl, Creatinina: 1.3 mg/dl, Urea:49, PCR: 9.2, Ca:9. Coagulación: INR: 1.27. Marcadores Tumorales: Beta HCG. AFP, Ca 125: negativos. TAC Craneal: Edema vasogénico subcortical en la región parieto occipital izquierda así como dos pequeñas áreas de mayor densidad una localizada en la sustancia blanca y la otra de Localización cortical parietal izquierda que puede corresponder con pequeños focos de sangrado. RMN Craneal: Numerosas lesiones ocupantes de espacio(LOE) en hemisferio cerebral izquierdo, de localización cortico subcortical y en sustancia blanca profunda. Diagnóstico diferencial: Infeccioso(bacterias, hongos, parásitos), neoplasias, inflamatorio, desmielinizante Urgencia vital. Biopsia de LOE: Astrocitoma anaplásico multicéntrico. Juicio Clínico: Astrocitoma anaplásico multicéntrico irresecable.

CONCLUSIONES:

Las LOE constituyen un reto diagnóstico para el clínico, ya que el diagnóstico exacto no es inminente. El diagnóstico en Urgencia se basa en la Historia clínica y la prueba de Imagen. La RMN tiene alta sensibilidad y especificidad. La Punción Lumbar esta contraindicada si hay focalidad, por riesgo de herniación. El Gold Standard es la biopsia de la LOE cerebral.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2342

ANEURISMA DE AORTA MICÓTICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Dolorzo González, I Miguens Blanco, B Villatoro Ramírez,
L Alonso Bastos, C Jurado Gallardo, P Privado Martínez, I Solar Gil

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-aneurysm-analgesia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se presenta el caso clínico de un varón de 62 años que acude a urgencias por dolor abdominal. Como antecedentes personales, exfumador. HTA. Diabetes Mellitus tipo II. Hipercolesterolemia. Depresión. Tratamiento habitual: Metformina, Enalapril 20, Atorvastatina 40 y Diazepam 5. Habiéndose encontrado previamente asintomático, desde hace diez días refiere dolor abdominal en hipogastrio irradiado a ambas regiones lumbares. El dolor es de características cólicas. Exploración: FR: 16 r.p.m Sat O2: 97% TA: 150/90 FC: 80 RC< 2 seg No IY EVA: 7 Consciente y orientado. Inquieto. Bien hidratado y perfundido. Abdomen: Blando y depresible. No masas ni megalias. No puntos dolorosos. No signos de irritación peritoneal. Ligera molestia a la palpación de hipogastrio. Timpanismo. Ruidos presentes. Orificios herniarios libres PPLB: Negativa. Extremidades: Maniobras lumbares no desencadenan dolor siendo normales. Fuerza y sensibilidad conservada. ROT presentes. Pulsos femorales presentes y simétricos. Dada la intensidad del dolor se opta por la administración de 5 mg de Morfina. Mejorando la sintomatología hasta EVA de 4. Se cursa analítica habitual así como radiografía de Tórax y Abdomen que resultan normales así como la determinación sanguínea. La ausencia de un diagnóstico así como la aparición nuevamente del dolor EVA 8 nos hace pensar en la posibilidad de un proceso vascular motivo por el que se realiza una TAC con el resultado siguiente: Rotura contenida en aorta abdominal infrarenal de origen micótico. A las 24 horas el paciente es intervenido colocándose una endoprótesis aórtica abdominal infra-renal siendo el diagnóstico definitivo de Pseudoaneurisma Aórtico infrarenal Micótico por Salmonella Enteritidis.

CONCLUSIONES:

Asumir que ante un cuadro de dolor abdominal, con mal control analgésico y en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, debe invitarnos a plantear un diagnóstico diferencial tal como el aneurisma de aorta. Para ello, historia clínica y pruebas de imagen, serán nuestra gran ayuda.

P-2349

EL ENEMIGO INTERIOR

D Carro Herrero, L Parrilla Navamuel, P Muñoz Gómez,
M Borregón Revilla, P Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete,
N García Alvarado

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: alien-hand-stroke

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 74 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensa, sin otros antecedentes de interés acude a urgencias por movimientos mioclónicos involuntarios de MSI de forma intermitente en el día de hoy. Refiere que es el primer episodio. Además comenta alteraciones de la sensibilidad que describe como un hilo frío de agua baja por el miembro superior izquierdo, así como sensación de incapacidad de control de dicho miembro, que le desabotona la camisa o le rasca la cara. No pérdida de la consciencia, náuseas, vómitos, somnolencia, ni otra sintomatología asociada. Tensión arterial 137/94 mmHg Temperatura: 36.8°C frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto Saturación de Oxígeno: 93% Hemodinámicamente estable y afebril. Exploración física anodina. Exploración neurológica normal. Se solicita analítica y TAC craneal ante primer episodio compatible con crisis parcial simple. Nos dice que la mano izquierda le ha destapado. En la analítica no hay hallazgos significativos. Tras la realización de TAC, se objetiva en éste una imagen compatible con isquemia aguda de la arteria cerebral media derecha, siendo el diagnóstico final un síndrome de la mano ajena secundario a isquemia cerebral.

CONCLUSIONES:

El síndrome de la mano ajena (SMA) es un trastorno neurológico poco frecuente, pero importante, debido al impacto sobre la calidad de vida del paciente. Se distinguen: ? SMA frontal: Resulta de lesiones en áreas cerebrales anteriores. La más frecuente. aparece en lamano dominante, se asocia a grasping, groping y manipulación compulsiva de instrumentos ? SMA calloso: lesiones que involucran al cuerpo calloso con o sin asociación de lesiones frontales del hemisferio no dominante, especialmente el área motora suplementaria. Clínicamente, se observa conflicto intermanual o apraxia del miembro no dominante. ? SMA posterior: Muy poco frecuente. En el SMA, el paciente siente que su miembro actúa autónomamente y desarrolla movimientos involuntarios que presentan la apariencia de intencionales los movimientos del miembro ajeno pueden ser sujetos a control intermitente y voluntario ocasionalmente, pero pueden incrementarse en situaciones de fatiga o ansiedad. El tratamiento rehabilitador, dirigido hacia las necesidades específicas de cada paciente, puede permitir la mejoría en la calidad de vida del paciente, recuperando de forma parcial o total la funcionalidad de la mano.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2350

SI NO LO VEO NO EXISTE

**D Carro Herrero, L Parrilla Navamuel, M Prieto Giráldez,
P Muñoz Gómez, FJ Morán Gallego, M Borregón Rivilla**

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: alport-failure-renal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 20 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés acude a urgencias derivado por su médico de cabecera por cuadro de vómitos de 4 días de evolución en relación con la ingesta. Los vómitos no presentan productos patológicos y son de características alimenticias. No presenta dolor abdominal, ni fiebre termometrada. Refiere sensación de mareo con inestabilidad, así como apatía y cansancio. Tensión arterial: 183/87 mm Hg Temperatura: 36.4°C Frecuencia cardíaca 98 latidos por minuto, Saturación de Oxígeno: 96% En la exploración física destaca leve deshidratación y palidez mucocutánea, resto sin hallazgos. Se solicitan pruebas complementarias donde destaca una importante insuficiencia renal, con creatinina de 19.69, e hiperpotasemia de 6.74. Se realiza ECG en el que se observa hipertrofia ventricular izquierda, sin objetivarse signos de hiperpotasemia tóxica. Se realiza ecografía renal en el que se observa imagen compatible con enfermedad renal crónica. Revisando la historia clínica del paciente encontramos familiares de primer grado con enfermedad de Alport. En 2005 fue diagnosticado de hipoacusia mediante audiometría, sin realizarse más controles y ya presentaba ecografía con afectación renal, sin seguimiento posterior. Considerando los hallazgos clínico-analíticos y los antecedentes familiares se diagnostica al paciente de enfermedad renal crónica avanzada probablemente secundaria a enfermedad de Alport.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Alport es una enfermedad de herencia ligada al cromosoma X predominantemente que afecta al colágeno tipo IV localizado en las membranas basales del glomérulo, cóclea y ojo. Clínicamente se caracteriza por hematuria microscópica inicialmente. Con la evolución de la enfermedad se desarrolla proteinuria, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica progresiva. Se asocia a hipoacusia neurosensorial bilateral, inicialmente en las frecuencias altas y posteriormente en frecuencias propias de la conversación. Oftalmológicamente destaca lenticono, aunque puede haber lesiones inespecíficas de la córnea. En la retina se pueden observar granulaciones blanco-amarillentas rodeando la fovea, lo que es específico de esta enfermedad. El diagnóstico definitivo lo proporciona la biopsia hepática y la biopsia de piel. También pueden realizarse estudios de genética molecular. No hay tratamiento específico. Se utilizan IECAs o ciclosporina. En los pacientes que han desarrollado insuficiencia renal terminal son sometidos a terapia renal sustitutiva, siendo de elección el trasplante.

P-2351

UNA LUMBALGIA CON DESENLAJE FATAL

**N Ramírez Domínguez, M Jiménez Casado, Z Mateo Segura,
L Rejas Morras, Y Sánchez Prieto, A Moreno Juste**

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: lumbalgia-aneurisma-abdomen

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

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: lasseque 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 a 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.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2352

MÍNIMOS DETALLES

MF Daccach Navarro (1), JJ Figueroa Pérez (2), H Ordiz Suárez (2)

(1) Centro de Salud Cascajos. Logroño. (2) Hospital Fundación Calahorra. La Rioja

PALABRAS CLAVE: síncope-neoplasias, tejido nervioso-meningioma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, 2 episodios previos de fibrilación auricular (FA) paroxística en seguimiento por cardiología y episodio de pancreatitis litiasica en 2008, en tratamiento con nifedipino, bisoprolol, dronaderona y ácido acetilsalicílico. Es traído a urgencias en UME, al orinar ha presentado pérdida de conciencia de varios minutos de duración con escasa recuperación posterior permaneciendo somnoliento y poco reactivo, familiar refiere dudosos movimientos tónico-clónicos generalizados al encontrarle en el servicio con retroversión ocular y cortejo vegetativo concomitante, no presentó relajación de esfínteres. Personal de UME evidencia FA con frecuencia de 150 latidos. A su llegada a urgencias se encuentra en ritmo sinusal a 87 lpm, constantes vitales y saturación de oxígeno dentro de la normalidad, consciente, orientado en persona y espacio, no en tiempo, bradilálico, niega recordar el episodio, pálido, sudoroso, Glasgow 14 puntos, asimetría de hombro derecho con hematoma posterior doloroso, resto de la exploración neurológica normal salvo mínima dismetría de extremidad superior derecha (probablemente secundaria al traumatismo) y leve disminución de fuerza de extremidad inferior izquierda (EII). Analíticamente nada destacable salvo dímero D elevado. Al reevaluarle a los pocos minutos persiste bradilálico, con Glasgow 14 puntos y disminución de la fuerza de EII por lo que se solicita TC craneal inicialmente sin contraste donde se evidencia desplazamiento de línea media y colapso de ventrículo lateral derecho, posteriormente se administra contraste reportándose lesión focal sólida de apariencia extraaxial sobre el ala mayor del esfenoides derecho de 52 x 45 mm de diámetro en el plano axial altamente sugestiva de meningioma frontotemporal derecho que condiciona edema cerebral perilesional con efecto de masa sobre estructuras adyacentes. Se administra tratamiento corticoideo y anticomitial y se traslada a servicio de neurocirugía de referencia, se interviene a los pocos días con buena evolución clínica posterior.

CONCLUSIONES:

Debemos mantener una actitud de alerta permanente al valorar pacientes en urgencias prestando atención a los mínimos detalles como en éste caso que inicialmente se sospechó de una FA rápida que le desencadenó la clínica presentada sin embargo las mínimas alteraciones neurológicas nos encarrilaron hacia el diagnóstico adecuado.

P-2353

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA Y LOS EQUIPOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO, MIELITIS AGUDA TRANSVERSA

N Gallego Artilles, M Varela Patiño, VE García Vesga, A Portela Martín, R Ruiz Merino, I García Álvarez

Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid

PALABRAS CLAVE: acute transverse myelitis-acute myelopathy-postinfectious spinal myelitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 58 años que comienza con dolor en región lumbar y dificultad para la marcha, parestesias y disestesias en extremidades inferiores. Antecedentes personales: No fumador. No viajes al extranjero. Cuadro catarral semana previa. Tensión arterial: 133/88, afebril, consciente y orientado. Al cabo de unas horas comienza con pérdida de control vesical con posterior imposibilidad de micción precisando sondaje. Exploración física: no signos meníngeos, paraplejia de miembros inferiores. Hiporreflexia generalizada. Anestesia desde T2 a S5. Analítica: 15.760 leucocitos (Neutrófilos : 80%), PCR : 10, Dímero D: 218. Estudios serológicos en sangre y LCR normales. Diagnóstico diferencial: polineuropatía aguda tipo Guillain-Barré, mielopatía compresiva, mielitis transversa, infarto medular, disección de aorta. Body TAC: normal. Se ingresa en Neurología realizando RM dorsolumbar compatible con mielitis postviral desde T2.

CONCLUSIONES:

La mielitis transversa engloba un grupo heterogéneo de enfermedades que producen una lesión focal inflamatoria de algún segmento de la médula espinal, manifestándose con síntomas tanto motores como sensitivos. En nuestro caso fue secundaria a una infección viral una semana previa, pero puede ser idiopática. Es una entidad poco frecuente pero debido a la velocidad de progresión de los síntomas y el riesgo de complicaciones sistémicas (algunas potencialmente mortales), así como las secuelas del retraso diagnóstico y terapéutico, es imprescindible contar con los conocimientos necesarios para realizar una correcta exploración neurológica y localizar el nivel de la lesión, así como establecer un correcto diagnóstico diferencial. En los servicios de urgencias resulta importante el acceso a los equipos de Resonancia Magnética ya que la necesidad de diagnóstico rápido y certero es mandataria.



CASOS CLÍNICOS

P-2355

DE NERVIOS VA LA COSA

I Nieto Rojas, AI Alarcón Escalonilla, P Valiente Maresca, C Almenara Rescalvo, R Mota Santana, C Viceira Martín, R Rubio Díaz
Complejo Hospitalario de Toledo

PALABRAS CLAVE: sistema nervioso-historia clínica-exploración física

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 51 años acude al Servicio de Urgencias por sensación de inestabilidad desde hace 15 días que asocia torpeza en hemisferio izquierdo. El día que acude a Urgencias comienza con diplopía vertical. De manera concomitante, episodios de mareo con giro de objetos y cortejo vegetativo compatibles con vértigo periférico. Se realiza exploración completa que es normal. La exploración neurológica presenta las siguientes alteraciones: dismetría izquierda y torpeza izquierda en maniobra de Muller-Fisher, marcha titubeante con aumento de la base de sustentación y tendencia a lateralizarse hacia la izquierda. Dificultad para realizar tándem. Ante estos hallazgos, se realiza analítica básica, electrocardiograma y radiografía de tórax que son normales y TC cerebral en el que se aprecian dos hipodensidades milimétricas en sustancia blanca del surco frontal derecho y parietal izquierdo. Ante la sospecha de probable infarto lacunar, ingresa en Neurología para seguimiento y ampliar estudio. Durante el ingreso se realiza RM cerebral en la que se aprecian, a nivel supratentorial, al menos 12 lesiones periventriculares de predominio derecho, con realce, ligero efecto masa y signos de actividad. 1 lesión en tercio anterior de cuerpo calloso y 8 lesiones subcorticales y, a nivel infratentorial, lesión que afecta a sustancia blanca periventricular con extensión a pedúnculo cerebeloso izquierdo y sustancia blanca sucia periventricular de predominio peritriangular izquierda y frontal bilateral compatibles con esclerosis múltiple (carga lesional leve) Durante el ingreso también se realizan hemograma, bioquímica, TSH, vitaminas B12 y ácido fólico, serologías y estudio de líquido cefalorraquídeo que son normales. Como único dato a destacar, factor reumatoide elevado con ANAs y ANCAs negativos. Quedan pendientes proteinograma y bandas oligoclonales. Doppler de troncos supraaórticos sin alteraciones. La evolución es favorable y el paciente es dado de alta con el diagnóstico de enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central (sospecha esclerosis múltiple).

CONCLUSIONES:

La importancia de la correcta historia clínica que descubre síntomas que apuntan a un posible origen central. La realización de una exploración neurológica minuciosa ante los síntomas que menciona el paciente permite detectar alteraciones sutiles que favorecen el ingreso y estudio.

P-2356

CONVULSIÓN, NO SIEMPRE CRISIS EPILÉPTICA

MP Blanco Lara, MR Rivas Martínez, P Fajardo Velasco
Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE: epilepsia-trastorno conversivo-confusión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 31 años, acude por crisis comicial en vía pública. Indica el DCCU que no ha tenido pérdida del nivel de conciencia, presentaba mirada fija y movimientos de brazos, el cuadro remite sin medicación. La familia refiere que la paciente refería malestar general, y había tenido cuadro confusional (frases incoherentes, no reconocía a su hermana). En nuestro servicio vuelve a tener crisis sin pérdida de conocimiento, mirada desviada y fija, movimientos tónico-clónicos de extremidades superiores (principalmente brazo derecho). No pérdida del control esfínteres, ni mordedura lengua, llora. No presenta episodio postcrítico, la recuperación es espontánea. Con familiares vuelve a tener crisis. Antecedentes cuadro ansioso-depresivo en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Refiere disfunción familiar desde la infancia (padre esquizofrénico, estancia en centro de acogida, etc), mala relación con su marido. Exploración física: Consciente, orientada, Glasgow 15/15, Normohidratada, normoperfundida, eupneica. ACR: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino, Exploración neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas, MOE conservado, no alteración de la mímica, no pérdida de fuerza en extremidades, no alteración del lenguaje ni de la marcha. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normales TAC craneal:normal. RMN: normal EEG: sin alteraciones. Evolución: Se ingresa en neurología. Se inició tratamiento anticonvulsivante mientras se realizan pruebas complementarias incluida video-electroencefalografía. Se realizó interconsulta con Salud Mental. Diagnóstico diferencial: síncope/presíncope, AIT/ACV, distonías, tics, temblores, hiperventilación, estados disociativos, trastorno conversivo, encefalopatías tóxicas y metabólicas con fluctuación del nivel de conciencia, migraña con aura. Juicio Clínico: Crisis no epilépticas de origen psicológico (CNEP) o crisis pseudopilépticas, posible trastorno conversivo.

CONCLUSIONES:

Las crisis no epilépticas de origen psicológico (CNEP) son trastornos paroxísticos, sin evidencia de origen orgánico o somático, pueden imitar cualquier tipo de crisis epiléptica, constituyendo el 20-30% de las crisis epilépticas estudiadas. Su pronóstico depende de un correcto diagnóstico y enfoque terapéutico. El diagnóstico no es sencillo y precisa de una historia clínica detallada, siendo necesario la realización de video- electroencefalografía (video-EEG) donde quede registrado el episodio que refiere el paciente y se descarte actividad electroencefalográfica compatible con crisis epilépticas. Las causas más frecuentes de CNEP son: trastornos somatomorfos (principalmente conversivos), trastornos facticios y trastornos por simulación malintencionada.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2358

¡QUÉ MALA PATA!

S Casarrubios Élez, I Jiménez Velasco, S Moreno Ruiz,
T Begoña Fernández, R Rubio Díaz, P Ciardo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: neoplasias pulmonares-carcinoma de pulmón de células no pequeñas-adenocarcinoma**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 60 años, fumador de medio paquete diario y con hepatopatía crónica por VHB en tratamiento antiviral, que consulta por dolor en cara anterior de muslo izquierdo irradiado a región lumbar de seis meses de evolución, con empeoramiento progresivo, acompañándose de pérdida de fuerza y tono en dicho miembro que le dificulta la deambulación precisando bastón, y sin respuesta del dolor a AINES y opioides. Además presenta síndrome constitucional con pérdida de 10-12 kg. Exploración física anodina salvo amiotrofia de miembro inferior izquierdo con pérdida de fuerza (4+/5) a nivel de la musculatura extensora. Analítica de sangre con 30.000 leucocitos con neutrofilia y 72% cayados, PCR>90, y en las pruebas radiológicas de tórax y abdomen patrón intersticial micronodular bilateral y afectación difusa de la mineralización ósea a nivel de hemipelvis izquierda, respectivamente. Ante la sospecha de tuberculosis miliar vs enfermedad metastásica, se ingresa al paciente para completar estudio. En planta, estudio del esputo negativo descartándose tuberculosis miliar. En el TAC-body se objetiva masa pulmonar en LID sugerente de carcinoma broncogénico, metástasis pulmonares, hepáticas y óseas en pelvis. Se realiza PAAF de la lesión siendo la anatomía patológica compatible con Adenocarcinoma pulmonar estadio IV, por lo que se opta por tratamiento paliativo sintomático.

CONCLUSIONES:

El cáncer de pulmón es desde hace muchos años la primera causa de muerte por cáncer en los países occidentales. Constituye uno de los problemas de salud de mayor envergadura, por su elevada mortalidad y también a que su diagnóstico se realiza habitualmente en estadios avanzados. Más de la mitad de los casos se presentan como enfermedad metastásica, un tercio como enfermedad localmente avanzada y sólo un 25% como enfermedad operable. En España la incidencia del cáncer de pulmón continua en ascenso en ambos sexos. En el cáncer pulmonar, la variedad no microcítica ocupa el 80-85% y el adenocarcinoma es su tipo histológico más frecuente. El pronóstico ominoso de la enfermedad está dado por una escasa supervivencia y elevada recurrencia.

P-2359

DOCTOR, ME DUELE LA CABEZA Y TENGO MUCHA SED

J Alonso Morte, AR Millán Acero, B Urbano Panadero,
A Crisan, L Pobo Sancho

Hospital San Jorge. Huesca

PALABRAS CLAVE: cefalea-craneofaringioma-diabetes insípida**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 20 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes médicos de interés. Acude a urgencias por cuadro de unos 3 meses de evolución de cefalea holocraneal de predominio matutino, que empeora con maniobras de valsalva, y acompañado de sonofobia, fotofobia y náuseas ocasionales sin vómitos. También refiere polidipsia, poliuria y polifagia, llegando a beber unos 6 litros de agua al día. Durante estos tres meses la paciente ha acudido a su médico de Atención Primaria y a otros servicios de urgencias, quienes le han pautado analgésicos orales sin clara mejoría de su clínica. A su llegada a urgencias, la paciente está consciente, orientada, normohidratada, normocoloreada y con buen estado general y presenta constantes de: TA 129/84, FC 78lpm, Tª36,7°C, Sat O2 100%. Auscultación cardio-pulmonar normal. En la exploración neurológica no se aprecia focalidad neurológica. En urgencias se realiza ECG y analítica con bioquímica, iones, sedimento de orina, hemograma, VSG y hemostasia que resultan normales. Se solicitó además osmolaridad en suero y orina. Dada la clínica que presenta la paciente, se decide la realización de una TAC cerebral, que muestra tumoración hipofisaria y supraselar de unos 25x20 sugestiva de macroadenoma hipofisario vs craneofaringioma. La paciente ingresó en servicio de Neurología de nuestro hospital, y se completó el estudio con RMN que informa de lesión ocupante de espacio a nivel supraselar sugestiva de craneo-faringioma. Seguidamente fue valorada por el servicio de Neurocirugía y Oncología, desestimándose la posibilidad de intervención quirúrgica e iniciando quimioterapia y radioterapia. La paciente además inició tratamiento para la diabetes insípida con desmopresina.

CONCLUSIONES:

El craneofaringioma es un tumor, habitualmente supraselar, que se origina en los restos de la bolsa de Rathke, y que a pesar de tener una naturaleza histológica benigna, tiene un comportamiento localmente invasivo, por lo que se asocia a menudo a un pronóstico desfavorable con frecuentes secuelas neurológicas y endocrinas. Por todo ello, es importante que en pacientes que acudan a urgencias con clínica de cefalea se realice una anamnesis y exploración clínica completa para descartar síntomas de alarma y no demorar el diagnóstico de patologías graves como un craneofaringioma.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2361

HEMATOMA EPIDURAL ESPINAL

C Ricardo Jiménez, M Martín Sánchez, M Otero Soler, A Macías López

Complejo Asistencial de Ávila

PALABRAS CLAVE: hematoma epidural-espinal-anticoagulantes

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 81 años. Con antecedentes patológicos conocidos de: HTA. DM tipo 2. Hipercolesterolemia. FA permanente anticoagulada. Insuficiencia mitral leve-moderada. Insuficiencia aórtica moderada. Deterioro cognitivo. Amigdalectomía y faucectomía bilateral. Refiere dolor cervical de tres días de evolución. Avisan desde el domicilio a AP por TA de 170/110, indican Ramipril y a su llegada objetivan TA 140/90 mmHg e hipotonía extremidad superior izquierda por lo que remiten al servicio de Urgencias. Signos vitales: TA: 140/ 95 mmHg FC: 75 lpm Glucemia: 195 mg/dl Exploración física: Consciente. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. Exploración neurológica: pupilas seniles. Lenguaje fluido y coherente. Pares craneales conservados. Motor: hipotonía generalizada, tetraparesia con piramidalismo (RCP extensor bilateral sobre hallus erectus), con afectación predominante de extremidades superiores. Sensibilidad: percibe estímulos táctiles y nociceptivos en tronco y extremidades. Resultados analíticos y radiológicos: Glucosa: 195 mg/dl. K: 2,9 mg/dl. Hematuria. Tiempo de tromboplastina 60,1 s. Actividad de protrombina 15% INR 4,98. Tiempo de tromboplastina 56,1s. TTPA (ratio). 1.76. TC craneal: normal. RMN cervical con contraste: gran colección epidural posterior de hasta 8 mm de espesor en ambos lados, extendiéndose desde la altura del cuerpo vertebral de C2 hasta el de D3. Presenta contenido con intensidades de señales diversas en T2 y homogéneamente iso-intenso en T1. Esta afectación provoca un importante compromiso de espacio en el canal, con reducción del diámetro antero posterior de la medula en todo este tramo, con mínima alteración de su intensidad de señal. Diagnóstico: Hematoma espinal cervical epidural extenso con mielopatía y afectación bulbar inferior compresivos secundarios. Diátesis hemorrágica por acenocumarol. Demencia mixta.

CONCLUSIONES:

Inició con deterioro progresivo del nivel de consciencia y desaturación, se comenta con la UCI que desestima ingreso por no ser subsidiaria de procedimientos invasivos. Exitus vitae. Con correcta anamnesis y la exploración física completa es fundamental para obtener una buena aproximación diagnóstica y poder elegir las pruebas complementarias correctas para llegar a un diagnóstico definitivo. El hematoma epidural espontáneo es una entidad clínica poco común que hay que tener presente en pacientes que están anticoagulados asociados a un mal control de los niveles terapéuticos.

P-2363

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

A Muñoz Méndez (1), C de Prados González (1),
RL Navarro Silvente (1), C Saavedra Menchón (1),
I Iniesta-Pino Alcázar (1), C Espín Giménez (1), M Espinosa Cuevas (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (2) Cuevas de Almanzora

PALABRAS CLAVE: edema-circulación colateral-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 54 años que consulta por edema en ambos miembros superiores de 4 meses de evolución acompañado de cefalea y edema facial en la última semana. Niega cualquier otra sintomatología. Ha sido estudiada por Alergología, siendo atribuida la clínica a alergia a diversos fármacos y neumoaerógenos. Ha consultado en tres ocasiones en diversos Servicios de Urgencias y, ante el empeoramiento progresivo de los edemas pese a recibir tratamiento con antihistamínicos y corticoides, vuelve a consultar en el Servicio de Urgencias del Hospital. Exploración física: a la inspección, destaca la presencia de ingurgitación yugular bilateral de predominio derecho y circulación colateral en tronco. Se objetiva edema facial de predominio periorbitario y edema en ambos miembros superiores. No presenta edema de úvula, y el resto de la exploración (auscultación cardiopulmonar, abdomen y miembros inferiores) es anodina. En Urgencias se solicitan analítica de sangre (bioquímica, hemograma y coagulación) y radiografía de tórax, en la que se objetiva ensanchamiento mediastínico. Dados los hallazgos clínicos y radiográficos, la paciente es ingresada para completar estudio de Síndrome de vena cava superior.

CONCLUSIONES:

El SVCS (Síndrome de vena cava superior) es consecuencia de la obstrucción al retorno venoso a través de la vena cava superior. Los procesos neoplásicos son causantes de más del 90% de los casos, siendo el cáncer más frecuente el de pulmón. La clínica depende de la rapidez de instauración del cuadro: incluye disnea (síntoma más frecuente), tos, dolor torácico, cefalea, ingurgitación yugular (signo más frecuente), edema en esclavina, cianosis facial, circulación colateral toracobraquial (triada clásica) e, incluso, edema cerebral y muerte en casos agudos. En cuanto al diagnóstico de este síndrome, aunque las pruebas complementarias (radiografía de tórax, TC de tórax...) ayudan a completar el estudio etiológico, una buena exploración física es crucial: la sola inspección es fundamental a la hora de orientar el diagnóstico.



CASOS CLÍNICOS

P-2364

A VECES NO ES EL PROBLEMA SINO LA LOCALIZACIÓN

B González López, M Cuenca García, NJ Díaz López,
FN Fiorini Bachour, FJ Martínez Cabrera

Hospital General Universitario de Elda. Alicante

PALABRAS CLAVE: arteria carótida interna-baja visión-aneurisma cerebral

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 57 años que refiere disminución agudeza visual progresiva de 48 h de evolución, en el ojo izquierdo que se acompaña de una cefalea hem Craneal izquierda que cede con la toma de ibuprofeno en domicilio. Niega otra sintomatología. Cuyos antecedentes son: Hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo y síndrome depresivo en tratamiento con: eutirox 75 mcg/día, simvastatina 20 mg/día, doxazosina 8 mg/día olmesartan+hidroclorotiazida 40/12.5 mg/día, Vandral retard 150 mg/día. Es exfumadora desde hace 23 años. Intervenido de amigdalotomía, dos cesáreas y herniorrafia supraumbilical. Exploración física que se practica en urgencias resulta ser normal a nivel cardiopulmonar y abdominal. A nivel neurológico la exploración es rigurosamente normal, salvo objetivarse, disminución agudeza visual a la mirada monocular ojo izquierdo, siendo incapaz de distinguir letras en un folio a 40 cm. Se realiza análisis sanguíneo sin alteraciones singificativas. Se comenta con Oftalmólogo de guardia, quién realiza una valoración completa de cámara anterior y cámara posterior objetivando únicamente la disminución de agudeza visual ya comentada, sin objetivar desprendimiento de retina, alteración nervio óptico o mácula. Por lo tanto, se remite al paciente de nuevo al servicio de urgencias para proseguir estudio. Ante los hallazgos, se decide realización de TAC craneal para valorar otras causas. En TAC craneal se objetiva gran aneurisma de la ACI izquierda a nivel de su porción cavernomatosa trombosado con luz permeable de 18 mm y efecto de masa a nivel de silla turca con expansión, desplazamiento y compresión de senos y del seno cavernoso izquierdo. Se remite a HGU Alicante donde permaneció ingresada en UCI, sin incidencias, paso a Planta de Neurocirugía donde dadas las características de la localización se decide intervención de forma programada. Se deriva a consultas externas de Endocrinología por presentar una apoplejía hipofisaria por compresión.

CONCLUSIONES:

A veces no es solo la patología la que marca el pronóstico o el tratamiento que realizar en una paciente, sino la localización y los problemas de dicha localización, como es el caso. También destacar que la pérdida de agudeza visual referida junto con la exploración oftalmológica normal fueron claves en la sospecha para seguir estudio y finalmente hallar la causa.

P-2365

UN DOLOR ABDOMINAL POCO HABITUAL

LM González Torres, L Monteagudo González, M Franco Sánchez,
RM Parras Calahorro, L Blázquez González, AB Marín García,
CM Cano Bernal

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: porphyrias-emergencias-abdominal pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 39 años que consulta a urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución. Antecedentes personales: Daltonismo. Doble sistema pielocalicial izquierdo. Enfermedad actual: refiere llevar varios días con dolor en flanco derecho, punzante, con varias deposiciones blandas. En las últimas 24 horas, orina de color rojo y alteraciones del comportamiento como agresividad y labilidad emocional. Exploración física: Eupneico. Afectado por el dolor. Afebril. Piel: lesiones acneiformes a nivel de antebrazos. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible con dolor a la palpación en flanco derecho con signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral sin dolor. Neurológico: Lenguaje y funciones superiores conservados. Sin focalidad. Pruebas complementarias: Electrocardiograma normal. Bioquímica con sodio: 125. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia. Coagulación normal. Orina con hematías 30/campo. Radiografías de abdomen y tórax normales. TAC craneal normal. En urgencias se administra analgesia convencional sin mejoría del dolor por lo que se pide ecografía y se interconsulta a cirugía. La ecografía es normal y cirugía desestima intervención urgente. En la observación, tratado con perfusión de dolantina y enantyum, presenta crisis comicial generalizada que cede con diazepam I.V. Tras estabilización del paciente se ingresa a medicina interna para estudio, con diagnóstico de sospecha de porfiria aguda intermitente. En planta de MI: Porphirinas en orina: PBG 18?18, Delta ALA 17?94, uroporphirinas 70?2, coproporphirinas 521?6, porfirinas totales 591?8?. Genético: portador de mutación en gen HMBS prevalente en la región de Murcia, C669_698del en el exon 12 del gen HMBS. Test de Hoesch: Positivo. Evolución: en planta se intensifica tratamiento para el dolor añadiendo naloxona. Se trata con sueroterapia con suero glucosado y se administra hematina I.V. Presenta mejoría sintomática y es alta a domicilio explicando al paciente su enfermedad y los cuidados que tiene que llevar, incluyendo los fármacos que debe de evitar.

CONCLUSIONES:

La porfiria aguda intermitente es una enfermedad rara pero prevalente en la Región de Murcia. Es difícil pensar en el diagnóstico, que suele ser por exclusión por la clínica inespecífica. Tenemos que tenerlo en cuenta sobre todo en las zonas endémicas, ya que un diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2367

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A Muñoz Méndez (1), C De Prados González (1), C Saavedra Menchón (1), C Espín Giménez (1), RL Navarro Silvente (1), R Alcolea Garrido (1), M Espinosa Cuevas (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (2) Cuevas de Almanzora

PALABRAS CLAVE: hipopotasemia-astenia-hipotensión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 58 años remitido al Servicio de Urgencias por su MAP (Médico de Atención Primaria) por hipopotasemia de 7.6 mEq/L. Antecedentes personales: hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico (ha presentado 2 episodios de cetoacidosis diabética con hipopotasemia en los últimos 6 meses). El paciente refiere astenia, hiporexia y pérdida de 5-6 Kg de peso en el último mes, motivo por el cual su MAP solicitó analítica de sangre. Exploración física en Urgencias: tensión arterial 93/63, frecuencia cardíaca 92, saturación de oxígeno 97% sin oxigenoterapia. Afebril. Hiperpigmentación cutánea. El resto de la exploración (auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades) es anodina. Exploraciones complementarias: en la analítica de sangre destacan Glu 147, K 7.2, Na 130, pH 7.19, pCO₂ 52, pO₂ 25, cHCO₃ 19.2, ácido láctico 2.00. El resto de pruebas complementarias (anormales y sedimento, radiografías de tórax y abdomen y ECG) son normales. El paciente fue ingresado para completar estudio de hipopotasemia. Dados la clínica y los hallazgos de las pruebas complementarias, se solicitó cortisol basal (2.9) y ACTH (692). Se diagnosticó de insuficiencia suprarrenal primaria y se realizó TC abdominal, sin hallazgos en las glándulas suprarrenales. Se inició tratamiento con glucocorticoides y mineralcorticoides, consiguiendo la desaparición de los síntomas y la normalización de los parámetros analíticos.

CONCLUSIONES:

La insuficiencia suprarrenal primaria o enfermedad de Addison resulta de la ausencia o destrucción de las glándulas adrenales o de un bloqueo en la producción hormonal, con aumento compensador de ACTH. Algunas de las causas son autoinmune (la más frecuente), infecciosa (tuberculosis) o inducida por fármacos. La clínica es consecuencia del déficit de glucocorticoides (astenia, debilidad muscular, pérdida de peso...), mineralcorticoides (hipotensión arterial, hipopotasemia, acidosis metabólica) y andrógenos (disminución de libido y vello axilar y pubiano), aunque la disminución de estos últimos sólo es relevante en la mujer. El aumento de ACTH se acompaña de hiperpigmentación de piel y mucosas. Cabe destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física: resultan fundamentales a la hora de orientar el diagnóstico de esta patología, que se confirma con medición de cortisol y ACTH (bien en condiciones basales, bien con pruebas de estimulación).

P-2368

ANGIOEDEMA HEREDITARIO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

D Ternerero Escudero (1), AM Gutiérrez García (2), MM Reina Martín (3)

(1) Centro de Salud Delicias. Málaga. (2) Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. (3) Centro de Salud Portada Alta. Málaga

PALABRAS CLAVE: angioedemas hereditarios-complemento c1-bradiquinina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 27 años sin antecedentes personales de interés. Episodios ocasionales de edemas en manos, cara y labios no estudiados valorados en Urgencias y atención primaria. No hábitos tóxicos. Tratamiento anticonceptivo con anillo vaginal. Acude a Urgencias por episodio de edema facial progresivo desde hace 24 horas que afecta a zona periorbitaria, boca y labios sin compromiso de vías respiratorias. No clínica respiratoria, digestiva ni urinaria. Afebril. Refiere únicamente episodio de stress tras discusión el día previo. Buen estado general. Consciente. Bien hidratada y perfundida. TA: 115/65. SatO₂: 98%. Faringe normal. No edema de úvula ni lengua. Importante edema facial que afecta a boca, mandíbula, alas nasales y región periorbitaria. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservada. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible, sin palpación de masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No signos de TVP o edemas en MMII. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: Hemoglobina 13.5. Leucocitos 7.700. Plaquetas 315.000. Glucosa, función renal y enzimas hepáticas dentro de la normalidad. PCR 10. Radiografía de tórax: índice cardiorácico dentro de la normalidad. No infiltrados ni condensación. ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones. Estudio de alergia incluido alimentos, neuroalérgenos, anisakis y pruebas cutáneas negativos. C1-inhibidor en cantidades normales con déficit en cuanto a función. Juicio clínico: Angioedema hereditario asociado a déficit C1 inhibidor. Evolución: Ingreso en observación donde se administró corticoterapia, tratamiento antihistamínico y adrenalina subcutánea sin respuesta, permaneciendo estable y con disminución de edema de forma lenta y progresiva. Dada de alta para continuar estudio de forma programada en consultas de alergología y Medicina Interna. Diagnóstico diferencial: Urticaria. Celulitis. Alergia.

CONCLUSIONES:

El angioedema hereditario es una enfermedad poco frecuente pero que puede llegar a suponer un problema urgente si afecta a vías respiratorias. Está inducido por un aumento en la producción de bradiquinina que provoca edemas en manos, cara, vías respiratorias o tubo digestivo donde influyen factores como estrés, cirugía o fármacos anticonceptivos. No suelen responder a tratamiento habitual para reacciones alérgicas ni a adrenalina, por lo que es fundamental conocer los nuevos protocolos de actuación y fármacos disponibles como Icatibant en las crisis o lanadelumab en prevención.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2371

OTRA CEFALEA EN URGENCIAS

M Rodríguez Romero, B Sanchís Pardo, MJ Tovar Peñaranda, J Zielenieswki Centenero, A Castañeda Pérez Crespo, N Aguilar Lorente, B Costa Martínez

Hospital Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: headache-neoplasm metastasis-glioblastoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: cefalea **ANTECEDENTES PERSONALES:** HTA, DLP en tratamiento dietético, no DM. No hábitos tóxicos. No antecedentes médicos de interés. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía. Tratamiento: Artedil 20 1cp/24horas. **HISTORIA ACTUAL:** Mujer de 66 años que acude por un cuadro de cefalea de 8 días de evolución. Refiere que el dolor comenzó tras crisis hipertensiva, de forma similar a otras veces que le ha ocurrido. El dolor es opresivo, no pulsátil con sensación de vacío en la cabeza de predominio frontal y en menor medida occipital, que remite parcialmente con AINES. No focalidad neurológica. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** BEG CyO en las 3 esferas, buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Nerviosa. TA 180/90 mmHg T° 36.4°C FC 70 lpm Eupneica, SatO2 99%. ACP: normal Abd: normal. ENRL: Glasgow 15, lenguaje: comprende, fluido, nomina y repite. Pupilas isocóricas normorreactivas, campimetría por confrontación normal. Movimientos oculares conservados, resto de pares craneales centrados y simétricos. Fuerza y sensibilidad conservada. No nistagmos. Romberg -, marcha normal. No disdiadocinesia ni dismetrías. REMs presentes y simétricos. RCPB flexor. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica: normal. Rx de tórax: Sin alteraciones. TAC cráneo simple: Múltiples LOEs cerebrales derechas compatibles con metástasis de tumor primario desconocido. Asocia hernia subfalcina. **EVOLUCIÓN:** Ante resultados del TAC se decide ingreso en medicina interna. Durante el ingreso se realiza un estudio de extensión con TAC toraco- abdominal con resultado negativo, PET tac normal y una RNM cerebral: compatible con astrocitoma de alto grado. Se traslada al HUVA para biopsia cerebral con diagnóstico de Glioblastoma grado IV y se decide tratamiento con quimioterapia. Diagnóstico: Múltiples lesiones cerebrales ocupantes de espacio de origen desconocido.

CONCLUSIONES:

La cefalea es un motivo de frecuente y aunque la mayoría son diagnosticadas de migrañosas o tensionales hay que tener cuidado con la minoría que esconde un diagnóstico más grave y que requieren de pruebas complementarias de imagen y un estudio profundizado del caso para su diagnóstico. Tras este caso hay que sacar de conclusión el algoritmo diagnóstico, manejo y tratamiento de las cefalea y la actuación que hay que realizar en urgencias.

P-2376

DÉFICIT NEUROLÓGICO COMO MANIFESTACIÓN DE BAJO GASTO

A Robles Amieva, R Hernando Fernández, C de León Rivas, A González San Emeterio, A Blanco García, P López Tens, Y Jiménez López

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: disartria-hemorragia-hipovolemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 62 años. Antecedentes Personales: HTA, DL, Ca atípico de pulmón, IQ en 2012, en remisión, ACVA isquémico CMI con hemianopsia derecha, disfasia mixta severa de predominio motor y hemiparesia residual en agosto 2016. Tto habitual: adiro 100, omeprazol 20, atorvastatina 40, enalapril 10. Enfermedad actual: acude a urgencias en enero/2016 por presentar al despertar sensación de mareo con palidez y aumento de su disartria basal, de aproximadamente 1 hora de duración, persistiendo la sensación de mareo. Niega clínica a otro nivel. A la EF, TA 98/56 FC 100 t°36,7 SatO2 98% FR 18 ECG 15 Intolerancia a la sedestación. ACP: rítmico, sin soplos. Buena ventilación bilateral. ABD: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. RHA conservados. NRL: disfasia, disartria leve. Resto en su situación basal. Dada la clínica y la edad del paciente, se comenta el caso con neurología, que decide activar código ictus, realizándose angioTAC que no pone de manifiesto alteraciones agudas. Se mantiene al paciente monitorizado, con bolos de SSF 0,9% a la espera de la analítica. Analítica: Cr 0,75 Ur 112 iones normales, Leucos 11,9 (fórmula normal), Hb 10,8, Htc 32,0, Pqt 197,000. Ante los hallazgos analíticos y la persistencia de hipotensión se realiza tacto rectal, normal, y se decide colocar SNG, saliendo contenido hemático. Se realiza endoscopia urgente objetivando úlcus subcardial con sangrado activo.

CONCLUSIONES:

La hemorragia digestiva alta (HDA) tiene origen en una lesión situada entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. 1 de cada 5 pacientes cursa sólo con síntomas de hipovolemia: síncope, palidez, sudoración, sensación de mareo, debilidad o sequedad oral. La aparición de estos síntomas, tiene una sensibilidad del 98% para detectar pérdidas agudas de sangre de al menos 1000cc. Las HDA se podrían dividir en base a estos en leve (Presión arterial sistólica > 100 mm Hg y frecuencia cardíaca < 100 lpm) y grave (presión arterial sistólica < 100 mm Hg y frecuencia cardíaca > 100 lpm, con cambios significativos con ortostatismo). La disartria puede ser consecuencia de bajo gasto cerebral, y corregirse tras restablecer la circulación como en este caso.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2377

UN CASO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

MP Cánovas Sánchez (1), BE Costa Martínez (1),
P Andújar Brazal (1), D Peñalver Espinosa (1),
J Zieleniewski Centenero (2)

(1) Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. (2) Centro de Salud Jesús Marín. Murcia

PALABRAS CLAVE: intracranial-hypertension-headache

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 29 años que consulta en el Servicio de Urgencias por cefalea desde hace 5 días. El paciente comenzó con cefalea en región occipital y se hizo progresivamente holocraneal de características tensionales con episodios invalidantes de mayor intensidad y además, el día de su consulta, presentó cuadro de varios vómitos. No se acompaña de fiebre, diplopía ni dificultad para la visión. Como único antecedente de interés destaca hidrocefalia con derivación ventriculoperitoneal a los 3 años de edad. En la exploración física la auscultación y abdomen eran normales, a nivel cervical no presentaba rigidez de nuca ni dolor a la palpación y a nivel neurológico Glasgow de 15 sin focalidad alguna. Se examina el fondo de ojo donde se observa una papila con bordes sobreelevados y límites difuminados, en resumen, hallazgos compatibles con papiledema. Se realiza por tanto TAC craneal sin datos concluyentes de patología intracraneal aguda. Ante la sospecha de hipertensión intracraneal y discontinuidad de catéter se decide derivación al Servicio de Neurocirugía donde es reevaluado y se le realiza de forma urgente colocación de nueva válvula de derivación ventriculoperitoneal, además de extraerle 10 ml de líquido cefalorraquídeo. El paciente presenta un postoperatorio favorable sin datos de hipertensión intracraneal y con control radiológico satisfactorio.

CONCLUSIONES:

El mal funcionamiento del sistema de derivación cursa con clínica de hipertensión intracraneal secundaria a obstrucción o desconexión en algún punto del sistema. Los principales síntomas de hipertensión intracraneal son cefalea, en su mayoría refractaria a medicación, disminución del nivel de consciencia y vómitos. También puede asociar parálisis del VI par, papiledema y triada de Cushing (bradicardia, depresión respiratoria e hipertensión). La hipertensión intracraneal es una emergencia médica y la causa de la misma debe ser resuelta lo antes posible. En nuestro caso si sospechamos que pueda haber cualquier problema asociado al sistema de derivación ventriculoperitoneal debemos derivar de forma Urgente a Neurocirugía.

P-2380

UNA APENDICITIS NO QUIRÚRGICA

D Peñalver Espinosa (1), MP Cánovas Sánchez (1),
BE Costa Martínez (1), P Andújar Brazal (1), J Zieleniewski Centenero (2),
B Sanchís Pardo (1), C García Jiménez (3)

(1) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Vistalegre. Murcia. (2) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Molina Jesús-Marín. Murcia. (3) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Murcia-San Juan

PALABRAS CLAVE: omentum-thrombosis-inflammation

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 55 años sin factores de riesgo cardiovascular salvo obesidad grado 2 (IMC 38,5) aunque con antecedentes de varias cirugías abdominales: corrección de eventración abdominal gigante reintervenida en tres ocasiones, colecistectomía y tres cesáreas. Consulta en el servicio de urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de tres días de evolución, inicio insidioso, que ha ido aumentando de intensidad de forma progresiva y aumenta con los movimientos. No ha tenido fiebre, ni asocia náuseas ni vómitos ni alteración del hábitos intestinal. No irradia a piernas y niega sobreesfuerzo. En la exploración física, la paciente se muestra afebril con tensión arterial adecuada. Abdomen globuloso aunque depresible con dolor y defensa abdominal a la palpación de fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal y con peristaltismo conservado. La analítica de sangre mostró valores dentro de la normalidad, sin leucocitosis. Dada la clínica de la paciente, se solicita ecografía y posteriormente TAC abdominopélvico en los que se observa, en fosa iliaca derecha imagen de morfología ovoidea de densidad grasa, rodeada de una pared hiperdensa con imagen hiperdensa central que aparenta ser un vaso trombosado y sugiere apendicitis epiploica. Cambios inflamatorios de grasa y peritoneo adyacente. Apéndice cecal sin cambios inflamatorios. Otras lesiones de densidad grasa y características similares, compatibles con infartos omentales sin datos de complicación aguda. Fue valorada por cirugía que desestimó intervención quirúrgica y pautó tratamiento analgésico. La paciente mejoró de su sintomatología y no presentó complicaciones.

CONCLUSIONES:

La torsión de los apéndices epiploicos puede provocar la estrangulación de su pedículo e inflamación e infarto del mismo. La clínica es dolor como síntoma más habitual, de inicio súbito y frecuentemente tras el esfuerzo y generalmente en fosa iliaca izquierda simulando una diverticulitis aguda. Es más frecuente en pacientes con obesidad. No provocan fiebre aunque sí puede aparecer febrícula. Pueden provocar irritación peritoneal localizada y leve leucocitosis. El tratamiento es analgésico con antiinflamatorios y como alternativa secundaria, opioides menores, remitiendo en una semana. No suelen producirse complicaciones aunque se han descrito obstrucciones e invaginaciones intestinales y necrosis grasa con formación de abscesos que si precisarían cirugía.



CASOS CLÍNICOS

P-2383

MUJER JOVEN CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

H Rodríguez García (1), I Córdón Dorado (1), A Chuchón Alva (1),
H Cabrera Martínez (1), D Barrio del Masegosa (1),
I Sanz Gallego (1), F Reviejo Rodríguez (2)

(1) Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila. (2) Centro de Salud Ávila Estación

PALABRAS CLAVE: urinary retention-myelitis, transverse-autoimmune diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 40 años que acude a Urgencias por dolor abdominal e incapacidad para la emisión de orina de horas de evolución. Como antecedente destaca la presencia de infecciones urinarias y candidiasis vaginales de repetición, estudiadas por Urología y Ginecología, respectivamente, sin hallazgos patológicos. Sin antecedentes quirúrgicos. Había consultado en el mismo Servicio unas horas antes por dolor torácico anterior irradiado a miembros superiores, sin cortejo vegetativo y con pruebas complementarias normales, etiquetado como «dolor torácico inespecífico». Al dolor suprapúbico y la retención aguda de orina añade dos días sin hacer deposición, cuando su hábito intestinal es diario. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones (urea 22 mg/dl, creatinina 0,67 mg/dl). Sistemático de orina sin alteraciones (nitritos, leucocitos y eritrocitos negativos). PCR 0,42 mg/dl. Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. Se realiza sondaje vesical y se obtiene diuresis abundante (>1000 ml). Se pauta tratamiento con fosfomicina 500 mg VO cada 8 horas, analgesia y control por su médico de Atención Primaria en 24 horas. Consulta de nuevo al día siguiente por «debilidad generalizada», que a la exploración neurológica resulta ser una triparesia, con afectación de MSD, MSI de predominio distal y MII de predominio proximal. Tras su ingreso en el Servicio de Neurología, el cuadro progresa, añadiendo dolor dorsal y una zona de hipoestesia/parestesias/disestesias suspendida, con nivel aproximado T6-T12 bilateral. En la exploración complementaria destaca la RM cervical, que pone de manifiesto dos lesiones a niveles C5-C6 y C6-C7, compatibles con mielitis transversa.

CONCLUSIONES:

La retención aguda de orina (RAO) es la urgencia urológica más frecuente. La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es la causa más frecuente en pacientes varones y constituye la mitad de todos los casos atendidos en los Servicios de Urgencias. Uno de cada 13 es debido a impactación fecal. No obstante, se considera una urgencia rara en mujeres (3 casos/100.000 mujeres/año). En ambos sexos puede ser la manifestación de patología potencialmente grave (neoplasias o afectación medular). Por todo lo anterior, ante una paciente con RAO de etiología incierta la exploración debe incluir, además de la palpación hipogástrica, una exploración neurológica, un tacto rectal y una exploración ginecológica.

P-2384

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: EL GRAN SIMULADOR

S Álvarez-Ossorio Cisneros, A Fernández Cuervo, L Benítez Muñoz,
C Aznar Zamora, O González Alemán, MC García Cruz

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

PALABRAS CLAVE: confusional-delirium-delirio

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 72 años que acude por desorientación aguda con alucinaciones, pérdida de fuerza generalizada y de memoria, de unas 3 semanas de evolución. Durante su estancia en Urgencias presentó cuadro de agitación con hipoglucemia y aumento de CK con empeoramiento de la función renal. *Antecedentes personales: - HTA, DM tipo 2 con polineuropatía diabética. - Cardiopatía isquémica con doble by-pass. - Disfagia con metaplasia leve esofágica, varices esofágicas pequeñas y signos de gastritis atrófica. - Infección VHB crónica. EXPLORACIÓN a su llegada al área de urgencias: Aceptable estado general, desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona. Colaborador. Eupneico en reposo. Asterixis. - ACP: tonos rítmicos sin soplos. Crepitantes en bases pulmonares. - Abdomen ligeramente globuloso, blando, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. - MMII: no edemas ni signos de TVP ni superficial. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL planteado en el área de urgencias: - Alteración metabólica. - Deterioro de la función renal por falta de aporte o lisis muscular. - Vasculopatía: demencia vascular, ACVA subaguda. - Encefalopatía hepática de debut. - Infeccioso. - Hidrocefalia crónica del adulto. - Tóxicos - Atrofia multisistémica. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS realizadas en el área de urgencias: - Analítica: Hb 12mg/dl, Hcto 37%. Urea 69 mg/dl, Cr 2 mg/dl (previa 1.4), GOT 49 U/L, LDH 235 U/L, PCR 35.3 mg/L. Fibrinógeno 552mg/dl. CK 1882 U/L, CK-MB 35 U/L. - GSV: pH 7.3, pCO2 55 mmHg, HCO3 26.6 - SO: Sin hallazgos. - Rx de tórax: Cardiomegalia. Sin otros hallazgos de interés. - TAC craneal: infarto lacunar. - Punción lumbar: leucocitos 0, hematíes 0, proteínas 26.6mg/dl, glucosa 47.9mg/dl. EVOLUCIÓN: Ingresó en planta para continuar estudio, realizándose nuevas pruebas complementarias: - Ecografía abdomen: Sin alteraciones. - RMN cerebral: enfermedad isquémica de pequeño vaso de escasa profusión. - Analítica: Hb 12.1, plaquetas 101000, VSG 77. Glucosa 181 mg/dl, Cr 1.2 mg/dl, LDH 255, CPK 589, fosforo 1.4, magnesio 1.4, bilirrubina directa 0.45, PCR 159. INR 1.2, fibrinógeno 625. %Hb glicosilada: 6.9. * Hormonas: vitamina B12 151, folato 3.8, TSH 0.758. * IgG-IgM T. Pallidum negativo. JUICIO CLÍNICO FINAL: Déficit de vitamina B12 secundario a gastritis atrófica.

CONCLUSIONES:

Destacar la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo del síndrome confusional, alta prevalencia con una morbimortalidad muy elevada, ya que sus manifestaciones clínicas son muy semejantes a otras patologías (accidente cerebrovascular, meningitis, patología psiquiátrica, etc.).



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2385

EL APÉNDICE ESPECULAR

**S Lemée Ramírez, E De Vega Ríos, I Guerra Molina,
E Arredondo Hortigüela, E Blanco Basilio, S Fernández Rodríguez**

Hospital Universitario La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-apendicitis-isquemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 36 años, hipotiroides en tratamiento sustitutivo sin otros antecedentes médico quirúrgicos de interés, acude a Urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución. Refiere dolor hipogástrico, punzante, irradiado a fosa iliaca izquierda, que ha aumentado de intensidad progresivamente a pesar de analgesia habitual. No refiere otra sintomatología salvo estreñimiento ya habitual en la paciente. En la exploración física se objetiva dolor intenso a la palpación en fosa iliaca izquierda (FII), con rebote positivo. Analíticamente destaca una discreta elevación de transaminasas, ya presente en analíticas previas. Se administran múltiples analgésicos durante su estancia en Urgencias, sin mejoría alguna del dolor, persistiendo una exploración abdominal patológica que focaliza en FII. Valorada por Cirugía General, se solicita TAC abdominal. Sin embargo, se acuerda con servicio de radiodiagnóstico la realización en primer lugar de ecografía abdominal. En la ecografía no se visualizan alteraciones por lo que, ante persistencia sintomática a pesar de analgesia, se realiza TAC abdominal que muestra una zona de morfología nodular de aproximadamente 15 mm y alteración de la grasa con ribete hiperdenso adyacente a la pared anterior del colon descendente, hallazgos que sugieren apendicitis epiploica.

CONCLUSIONES:

Los apéndices epiploicos son formaciones de grasa, habitualmente pediculadas, localizadas en la superficie externa del colon. La apendicitis epiploica ocurre cuando uno de estos apéndices se torsiona, produciendo isquemia del mismo. Clínicamente se manifiesta por dolor abdominal intenso y el diagnóstico puede realizarse mediante ecografía aunque la TC resulta más sensible. El tratamiento es conservador. En éste caso la paciente presentaba un dolor intenso refractario a analgesia por lo que aun sin alteraciones analíticas, es preciso una prueba de imagen para esclarecer el origen del mismo.

P-2386

DETRÁS DEL ICTUS

M Rodríguez Pereiro, G Matute Chamarro

C. S. Os Mallos/Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

PALABRAS CLAVE: foramen oval permeable-infarto criptogénico-migrañas

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 34 años con antecedentes personales de epilepsia, sin crisis desde hace años, y antecedentes familiares de aura hemipléjica sin migraña asociada a una comunicación interauricular (hermano), que acude a urgencias tras presentar pérdida de fuerza e hipoestesia en hemicuerpo izquierdo y disartria, de unos segundos de duración, con recuperación total posteriormente. Durante su valoración en el servicio de urgencias presenta un episodio de visión de luces de colores seguido nuevamente de la clínica anterior. En la exploración física general no se evidencian alteraciones, y en la neurológica persiste la hipoestesia localizada sólo en la hemicara izquierda. Inicialmente se plantea el diagnóstico diferencial entre ICTUS, crisis epiléptica y migraña hemipléjica, por lo que se realizan analíticas sanguíneas, un encefalograma, una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral y una ecografía doppler de troncos supraaórticos sin evidenciar anomalías, pero con la objetivación de un infarto cerebral milimétrico en región frontal derecha tras realizar la resonancia magnética cerebral. Al no presentar una causa que justificase el infarto se solicita un ecocardiograma transtorácico que descarte anomalías estructurales cardíacas, en el que evidencia un aneurisma móvil del tabique interauricular y, tras la inyección de suero salino agitado, la existencia de un foramen oval permeable, observando el paso masivo de microburbujas de derecha a izquierda sin necesidad de la realización de maniobras de valsalva. La paciente presenta una evolución favorable con recuperación completa del déficit neurológico, y siendo dada de alta para su seguimiento en consultas sin cerrar el defecto cardíaco por el momento.

CONCLUSIONES:

El foramen oval permeable (FOP) es una cardiopatía congénita con una incidencia del 25% en adultos, que se ha relacionado con diversas patologías como el ICTUS criptogénico o la migraña, y cuya elección de tratamiento sigue presentado una gran controversia actualmente.



CASOS CLÍNICOS

P-2387

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
Y CUÁNDO ECHAR A CORRER

MP Cánovas Sánchez (1), BE Costa Martínez (1),
P Andújar Brazal (1), D Peñalver Espinosa (1),
J Zieleniewski Centenero (2)

(1) Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

(2) Centro de Salud Jesús Marín. Murcia

PALABRAS CLAVE: rupture-aneurysm-aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 63 años que consulta por dolor abdominal brusco de 5 horas de evolución. El dolor apareció mientras estaba en reposo, comenzando en ambas fosas ilíacas e irradiando progresivamente a región lumbar, haciéndose continuo, no pulsátil, no modificándose con los movimientos y refractario a toda analgesia pautada. No asocia náuseas ni vómitos, ritmo intestinal previo normal, sin dolor torácico ni síndrome miccional. Como antecedentes personales destaca obesidad mórbida con un IMC de 41, exfumador, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, síndrome de obesidad hipoventilación e intervenido de apendicectomía. El paciente además estaba pendiente de estudio por digestivo para descartar hepatopatía por lo que en el momento de la anamnesis nos aporta una ecografía realizada de forma concertada hacía 10 días, a espera de ser evaluada por especialista, y en la que se informaba de la presencia de esteatosis hepática y de un aneurisma de aorta abdominal de 11cm de diámetro. A la exploración física presenta un abdomen turgente poco depresible con imposibilidad de palpar estructuras aunque sin signos de irritación peritoneal, los pulsos femorales estaban presentes. Ante las características del dolor y la lectura del resultado de la última prueba de imagen se decide realizar TAC de forma urgente, que informa de aneurisma de aorta infrarrenal de diámetro axial 11x11.5 y longitudinal de 15.6cm con pequeño sangrado retroperitoneal secundario a rotura contenida del mismo. Se estabiliza al paciente y se contacta con Cirugía Cardiovascular, siendo intervenido de forma urgente en quirófano realizándole un bypass aorto-aórtico con prótesis de Dacron.

CONCLUSIONES:

La mayoría de aneurismas de aorta abdominal (AAA) son asintomáticos y algunos se diagnostican como masas pulsátiles o, como en nuestro caso, como hallazgo accidental en prueba radiológica. Existe un alto riesgo de ruptura cuando superan los 5.5 cm de diámetro. Una disección de AAA se nos puede presentar como un dolor abdominal irradiado a lumbar y con el que habrá que hacer un amplio diagnóstico diferencial con patologías como cólico renoureteral, IAM, perforación visceral, diverticulitis, hemorragia gastrointestinal o isquemia intestinal. Una vez conocida la existencia de AAA por ecografía, si existen síntomas debe completarse estudio con TAC.

P-2389

DOLOR ABDOMINAL AGUDO OPRESIVO

R Hurtado Soriano, J Andrés Vera, E Frutos Hidalgo, A Olivares Loro,
F Hernández Marín, B Gutiérrez Puertas, A Rodríguez Camacho

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

PALABRAS CLAVE: acute abdominal pain-colitis-ischemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 78 años que refiere dolor abdominal de dos horas de evolución localizado en flanco izquierdo-FII no irradiado. Lo describe como un dolor intenso, opresivo y continuo tras la ingesta. Se acompaña de dos deposiciones semilíquidas sin productos patológicos asociados. Niega rectorragia, urgencia defecatoria, náuseas-vómitos, fiebre, síntomas miccionales u otra sintomatología asociada. RAMC amoxicilina, HTA, DM2, IR renal, Cardiopatía Isquémica hace 1 año con miocardiopatía dilatada e implantación DAI, ACV con hemiparesia, hernia umbilical no complicada. No IQ. Atención reciente urgencias: hiperglicemia y epistaxis con INR de 7. Constantes en rango. BEG, COC, BHYP, eúpenico al reposo ACP: n/a Abdomen: hernia umbilical no complicada en abdomen globuloso/Blando/depresible. Dolor intenso con defensa a la palpación superficial y profunda en flanco izquierdo-FII. RHA escasos y timpánico a la percusión. Sin signos de irritación peritoneal. Neurológico: sin foco. Tras Analgesia: sintomático Analítica: Leucocitos 20550 (90% NT), PCR 169, plaquetas 374000, INR 1.29, AP 68%, fibrinógeno 1012, glucemia (no ayunas) 227, urea 68, creatinina 2.1, Na 127, K 127, amilasa 38, transaminasas normales, LDH 232, CK en rango. Rx Abdomen: normal. Rx Torax: DAI hemitorax izq. Eco Abdomen: hallazgos sugestivos de colitis de origen a valorar por clínica. Pasa a Observación para rehidratación y TAC Abdominal (contraste): Colitis Isquémica Colón Izquierdo. Ingresó en planta de C. General en tratamiento con antibiótico, analgesia y Heparina. Mejora durante el ingreso desapareciendo el dolor abdominal, tolerando dieta y teniendo tránsito. Se pauta anticoagulación según hematología y se da de alta con tratamiento dietético y farmacológico domiciliario, con revisión en cce de C. General y Hematología. DD dolor abdominal agudo flanco izq-FII en varón: -Colitis -Diverticulitis -CRU/Pielonefritis -Infarto esplénico.

CONCLUSIONES:

La CI es una enfermedad originada por una disminución de la circulación de la sangre en el intestino grueso. Puede producirse por dificultades en la circulación sanguínea en todo el cuerpo, o por disminución de la misma tan sólo en los vasos del colon. Aparece generalmente en personas de edad avanzada con algún factor de riesgo cardiovascular. Resulta fundamental la sospecha del médico para orientar el diagnóstico basándose en los síntomas que describe el enfermo. Esto en ocasiones resulta complicado puesto que no todos los pacientes presentan la secuencia de síntomas típicos, o consultan pasadas 48-72h cuando estos ya han remitido. Por ello, aunque mas prevalente, sigue siendo una patología infradiagnóstica. Un correcto diagnóstico permite que con un manejo sintomático sea una patología de buen pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2391

DOCTOR, SIENTO PESADEZ

C López Alarcón (1), A Marco Berna (2), N Rodríguez García (3),
I Picó García (1), B De la Villa Zamora (1), MJ Martínez Valero (1)

(1) Consultorio Los Dolores Murcia-Infante. (2) Centro de Salud Santomera.
Murcia. (3) Centro de Salud Murcia Sur

PALABRAS CLAVE: aneurysm-aorta, abdominal-abdominal pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 90 años, HTA, ACV isquémico hace 20 años. Intervenido de c. basocelular y hernia inguinal bilateral. Ingresos previos por infecciones respiratorias y hemorragia digestiva alta en 2015 con pruebas complementarias, gastroscopia con resultado de úlcera esofágica en tercio medio sin sangrado. Biopsia de úlcera con metaplasia intestinal incompleta, sin evidencia de malignidad. TAC tórax: hernia de hiato por deslizamiento. Granuloma calcificado en LII. Esófago con engrosamiento parietal de 9 mm, 3 ganglios de 4 mm periesofágicos en tercio distal y 2 ganglios de 4 mm periesofágicos en tercio proximal. No tratamiento crónico. Acude a urgencias por pérdida de apetito y dolor abdominal continuo. No vómitos ni diarrea, no fiebre. Le pautaron pantoprazol pero la familia no le ha dado medicación. Durante su estancia en urgencias presenta un vómito bilioso y persistencia del dolor a pesar de analgesia. Exploración física presenta auscultación cardíaca y pulmonar normal, abdomen globuloso con dolor a palpación profunda epigástrica, sin signos de irritación peritoneal, sin organomegalias, resto normal. TA 153/99, T° 36,5°C, FC 100lpm, saturación O₂ 95%. Analítica sangre normal, sedimento orina con eritrocitos abundantes. Radiografía abdomen: gas y heces en marco cólico, imagen lineal calcificada paravertebral. Eco abdomen: colelitiasis sin signos inflamatorios. Dilatación aneurismática de aorta abdominal 6,3 cm diámetro máximo con zonas de trombosis y calcificaciones de pared, vejiga distendida e hipertrofia de próstata. No ascitis ni dilatación de asas intestinales. Se realiza interconsulta telefónica a cirugía cardiovascular y se deriva para valoración. Diagnóstico: Aneurisma de aorta abdominal.

CONCLUSIONES:

Un aneurisma de aorta es una sección estirada y dilatada en su pared. Un vaso dilatado está debilitado y puede romperse y provocar un sangrado que representa un riesgo para la vida. Se presenta en mayores de 60 años, se sitúa entre primeras 10 causas de muerte, afecta más a hombres que mujeres (8>1), mayor en blancos que raza negra, 95% arterioescleróticos, 5% inflamatorios.

P-2394

TU RIÑÓN ME HA SOPLADO UN SECRETO...

M Prieto Giráldez, M Rubio Mellado, JD Blázquez Alcázar,
MP Espinosa Lara, L Parrilla Navamuel, D Carro Herrero,
A Martínez García

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células renales-hipertensión arterial-estenosis arteria renal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 52 años hipertenso (aumento reciente de dosis de su antihipertensivo por mal control), que acude por dolor cólico en ambas fosas renales, irradiado a ingles bilateralmente de unas horas de evolución y acompañado de vómitos, con buena respuesta a analgesia. No fiebre ni síntomas miccionales. Tratamiento domiciliario: telmisartán 80mg + hidroclorotiazida 12.5mg. EXPLORACIÓN FÍSICA: TAS: 195.0 TAD: 81.0 Temperatura: 36.4 FC: 69 Saturación de Oxígeno: 98 Consciente, orientado. Tonos cardíacos rítmicos. Soplo de insuficiencia mitral I/VI. MVC sin ruidos sobreañadidos. ABD: blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. Soplo de timbre alto, sistólico, de intensidad creciente en dirección caudal. Pulsos femorales palpables. Puñopercusión renal positiva bilateral (mayor en lado derecho). PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sistemático de Orina: pH 7.0 Densidad 1.005 Hematíes ** 150/mcL Proteínas * 25 mg/dL Sedimento de Orina: eritrocitos 25 - 50/Campo. TAC TORACO-ABDOMINO-PELVICO: Ureterohidronefrosis derecha grado III/IV secundaria a litiasis obstructiva en uréter lumbar de 9 mm. Masa cortical en polo renal inferior derecho de 26 x 27 x 30 mm, heterogénea de bordes bien delimitados, que contacta con sistema excretor, sugestiva de tumor de células renales. Vena renal derecha permeable. Quistes corticales renales derechos múltiples complicados/hemorrágicos. Estenosis en el origen de la arteria renal principal derecha. Estenosis focal ateromatosa de la arteria ilíaca común derecha a 22,4 mm de su origen. Ateromatosis aortoiliaca calcificada. DIAGNÓSTICOS: - Ureterohidronefrosis grado III/IV secundaria a litiasis ureteral. - Tumor de células renales - Estenosis arteria renal e ilíaca común derechas.

CONCLUSIONES:

El hipernefoma es el tumor sólido renal más frecuente, de predominio en varón, cuya tríada clásica (hematuria, dolor y masa en flanco) presente en el 10% de los casos, suele indicar enfermedad avanzada. Las anomalías más frecuentes son hematuria (60%), dolor, pérdida de peso, anemia, hipertensión arterial e hipercalcemia. El tratamiento es la nefrectomía radical, incluyendo fascia y glándula suprarrenal. Por otra parte, ante todo soplo abdominal debemos buscar causas subyacentes, siendo de especial interés la estenosis de arteria renal, que condiciona no sólo HTA renovascular rebelde sino también daño renal isquémico. En nuestro paciente, el estudio del soplo permitió el diagnóstico precoz del hipernefoma.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2395

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A Martín Cascón, VD de la Rosa Valero, V Callejo Hurtado, FJ Hernández Felices, M Martínez Martínez, I Iniesta-Pino Alcázar, M Gómez Lozano

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: pericarditis-dolor torácico-neumonía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 20 años con antecedentes personales de tabaquismo (fumador de unos 2-3 cigarrillos/día), sin otros antecedentes de interés, que consulta en el servicio de Urgencias por un cuadro de una semana de evolución de odinofagia, rinorrea y tos seca, a lo que en las últimas 24 horas se asocia dolor opresivo en hemitórax izquierdo que aumenta con la inspiración profunda, malestar general, fiebre y palpitaciones. En la exploración física destaca una temperatura de 38 °C y una frecuencia cardiaca a 110 latidos por minuto, siendo el resto de la exploración normal. Dada la sospecha inicial de pericarditis se solicita una analítica con CPK y Troponina, cuyas cifras se encuentran dentro del rango normal, un electrocardiograma, sin alteraciones, y una radiografía de tórax, donde se observa un aumento de densidad en base izquierda, planteándose el diagnóstico de neumonía atípica. No obstante, debido a la sospecha diagnóstica inicial se decide mantener al paciente en observación, repitiéndose el electrocardiograma a las 5 horas, donde se objetiva un descenso del segmento PR y ascenso de ST en II, AVF y V2-V6, y un nuevo control de troponina, apreciándose una discreta elevación de la misma, por lo que finalmente se comenta el paciente con la UCI, que acepta el ingreso a su cargo con el diagnóstico final de miopericarditis y posible infiltrado en lóbulo inferior izquierdo (que no se confirma en radiografías posteriores). El paciente es tratado con antiinflamatorios presentando buena evolución clínica y siendo alta en una semana.

CONCLUSIONES:

La pericarditis es una entidad frecuente en los servicios de Urgencias. En ocasiones, puede asociar elevación de biomarcadores cardiacos, lo que se conoce como miopericarditis. Es importante pensar en esta patología, especialmente en varones jóvenes que acudan con dolor torácico como síntoma principal a nuestro servicio, ya que a veces, puede llegar a confundirse con otras patologías como una neumonía atípica. Asimismo, utilizar las pruebas complementarias como un apoyo para confirmar nuestra sospecha, no centrando el diagnóstico exclusivamente en ellas.

P-2399

CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN PACIENTE CON SOSPECHA DE TEP CON DÍMERO D ELEVADO

MT Meneses Yaruro, KG Arza Romero, FJ Juarez Barillas, FA Osejo Altamirano, A Baurre Pardo, O Gracia Rodríguez, R Salvador Rubio

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

PALABRAS CLAVE: pulmonary embolism-D-dimer-cancer

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 75 años, con antecedente de Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, EPOC, cáncer de mama intervenido y en controles sin recidiva. Consulta en su médico de atención primaria por disnea de moderados esfuerzos en la última semana sin otra clínica asociada. A la exploración signos vitales mantenidos, auscultación cardiopulmonar normal, signos de insuficiencia venosa en miembros inferiores. Se realiza analítica donde destaca Dímero D elevado por lo que es remitida a urgencias de centro hospitalario con la sospecha de Tromboembolismo pulmonar (TEP).

CONCLUSIONES:

En urgencias hospitalarias se realiza angioTAC en el que se descarta TEP, ampliándose el estudio a nivel abdominal donde se evidencia carcinomatosis peritoneal, con tumoración dependiente de ovario. En pacientes con antecedente neoplásico el riesgo tromboembólico se encuentra elevado, lo que nos obliga a tenerlo presente ante la posibilidad de una sospecha de TEP, aunque no todos los dímeros D elevados corresponden a TEP, por lo que debemos tener en cuenta diagnósticos diferenciales que también pueden comprometer la situación clínica y vital del paciente.





CASOS CLÍNICOS

P-2400

PESADILLA EN URGENCIAS, FÍSTULA AORTO-CAVA

K Spihlmann Freiberg, A Cárdenas Patiño, MG Priori, A Aquilino Tari

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

PALABRAS CLAVE: aneurisma-fístula-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 54 años con antecedentes de tabaquismo (50p/a) sin otra patología, ni Qx. Acude al servicio de AC de su CCSS a las 12am con cólico abdominal de 12 horas, brusco e intermitente en FRD irradiado a FID, no náuseas/vómitos, no fiebre, no disuria. A su llegada al CCSS, paciente hemodinamicamente estable con dolor descrito, catalogándose como ?cólico renal? y colocando Nolotil IM y se solicita Labstix. Al no presentar mejoría y no recolectar orina se deriva al paciente a Urg Hospitalarias. A su llega a urgencias el paciente hemodinamicamente estable. En la EF, abdomen blando, depresible con una PPR derecha negativa y dolor en FID sin signos de irritación peritoneal. Pasa a observación con analgesia. Se solicita una bioquímica, hemograma, coagulación, orina y Rx abdominal siendo normales. En observación el paciente persiste con dolor a pesar de tratamiento presentando además palidez por lo que, ante mal control del dolor, se solicita un TAC abdominal informado como: ?Signos inminentes de rotura de aneurisma de aorta con presencia de fistula aorto-cava.? En ese momento se avisa al servicio de cirugía vascular pasando el paciente a quirófano.

CONCLUSIONES:

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente en urgencias correspondiendo al 80%. Aparece en trastornos intraabdominales pero también en afectaciones extraabdominales. De las intraabdominales, el AAA es infrecuente, con prevalencia del 3,5% siendo asintomática pero con una mortalidad en torno al 50% si existen complicaciones. Ante la sospecha es indispensable contar con imágenes para un correcto diagnóstico previo la intervención quirúrgica. En nuestro paciente no se sospechó, a su llegada, la presencia de un AAA ya que no cumplía la clínica clásica. El manejo inicial fue de un dolor abdominal simple. Salvo en los casos de rotura, la analítica sanguínea tampoco nos aporta ayuda como fue el caso. Ante el mal manejo del dolor que se pidió un TAC llegando al diagnóstico. Es importante tener presente la existencia de estas patologías de prevalencia muy baja pero alta mortalidad por la cual deben de ser descartadas ante un cuadro clínico con mala evolución.

P-2403

EDEMAS SIN DISNEA

Al Nogales García, MR Sanz de Barros, A Revuelta Alonso,
A Crespo Giménez

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

PALABRAS CLAVE: síndrome nefrótico-proteinuria-hipoalbuminemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Descripción del caso clínico: Mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, alérgica a la amoxicilina-clavulámico, a los frutos secos y al marisco, fumadora de 5 cigarrillos al día, que consulta por cuadro de unos 7 días de evolución de edemas matutinos generalizados, más marcados en manos, miembros inferiores y cara, ganancia de 6-7 kilos de peso, acompañado de molestias en epigastrio, sensación nauseosa, vómitos ocasionales y disminución de apetito con ritmo gastrointestinal normal, sin clínica miccional, fiebre, lesiones cutáneas o artritis. Exploración y pruebas complementarias: Tª 36.8 °C, TA 140/85 mmHg, FC 75 lpm, Sat O2 98%. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, discretamente doloroso a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca izquierda, con ruidos conservados, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Edemas maleolares y pretibiales con fovea hasta medio muslo y edema en cara. Analítica: albúmina 2.4 g/dl, resto normal. Bioquímica en orina: proteinuria 3889, creatinina 436 Se calculó una pérdida de 8.9 gramos de pérdida de proteínas al día, dado que no presentaba alteración de la función renal, se decidió alta a domicilio con torasemida y seguimiento en consultas externas de nefrología, donde se realizó posteriormente biopsia renal para filiar la causa. Juicio clínico: Síndrome nefrótico. Diagnóstico diferencial: enfermedad cardíaca o pulmonar (insuficiencia cardíaca, pericarditis constrictiva, cor pulmonale), enfermedad renal (glomerulonefritis, nefropatía hipertensiva o diabética), enfermedad hepática (hipertensión portal, cirrosis), hipoalbuminemia (Kwashiorkor, enteropatía pierde proteínas, síndromes de malabsorción) enfermedades endocrinas (hipotioidismo, hiperaldosteronismo secundario).

CONCLUSIONES:

Los edemas son un motivo de consulta muy frecuente en urgencias y el principal causante de ellos y en lo que pensamos en primer lugar es en la insuficiencia cardíaca, en este caso, la edad de la paciente, la ausencia de antecedentes cardiológicos y el hecho de que los edemas fueran generalizados y no solo en miembros inferiores, así como la ausencia de disnea, descartaba esa posibilidad y nos orientaba más a una causa nefrológica que cardiológica, como posteriormente se confirmó.



CASOS CLÍNICOS

P-2404

MÁS QUE UN SIMPLE DOLOR DE CABEZA

M Cascales Sánchez (1), IM Reina Nicolás (1), JJ Vives Hernández (2), S Sánchez Soler (1), P Povzum Nazarenko (1)
(1) Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

PALABRAS CLAVE: pituitary apoplexy-headache disorders-emergencies

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Cefalea y dolor retroocular derecho ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo 2. Dislipemia mixta. Hiperuricemia. Fumador 15-20 cigarros/día. Trombopenia leve. Ulcus gástrico. Proteinuria conocida desde 2006 (0,6- 0,7 g/día) con estudio inmunológico y serológico completos: normales. Fondo de ojo sin retinopatía. Ecografía abdominal: litiasis en riñón izquierdo, resto normal. Situación basal: Activa / Independiente.I: Sin limitación para realizar actividad física. Tratamiento crónico: Metformina 850mg, Adiro100mg, Candesartan 8mg, Pitavastatina 4mg, Alopurinol. HISTORIA ACTUAL: dolor retroocular derecho y cefalea opresiva holocraneal, no pursátil de 24 horas de evolución que le despierta por la noche y no cede con analgesia habitual. Asocia sensación de taponamiento de orificio nasal derecho. No alteraciones visuales. No fiebre.. No otros síntomas asociados. EXPLORACIÓN FÍSICA: No impresiona de enfermedad. TA: 130/85mmHg. Tª: 36°C. ACP normal. NRL: Sin focalidad aguda. Signos meníngeos (-). PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Imagen: TC simple de cráneo: Normal salvo que en el interior de la silla turca la hipófisis está aumentada de densidad, sobre todo en el lado derecho, aunque su tamaño no ha aumentado significativamente y no alcanza la cisterna supraselar. Se trata muy probablemente de una hemorragia glandular. Se observan múltiples lesiones esclerosas en el interior de las celdillas del etmoides de aproximadamente 1 cm de tamaño compatibles con osteomas. Conclusión: Las características de la glándula son compatibles con una apoplejía hipofisaria. RM de hipófisis: Masa intraselar que contacta con seno cavernoso y ACI derecha, compatible con quiste de la bolsa de Rathke de contenido proteináceo. TRATAMIENTO APLICADO: Nolutil + Enantyum IM + Fortecortin 4 IM + Diazepam 5 vo DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Apoplejía hipofisaria.

CONCLUSIONES:

La apoplejía hipofisaria es una complicación poco frecuente de los adenomas de hipófisis caracterizada por una necrosis o hemorragia en el seno de un tumor hipofisario. Clínicamente cursa con cefalea repentina, signos de irritación meníngea y alteraciones en la agudeza visual. Constituye una urgencia endocrinológica.

P-2405

ANEMIA HEMOLÍTICA COMO EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VHC

R Hurtado Soriano, A Martínez Jiménez, R de la Varga Martínez, J Andrés Vera, E Frutos Hidalgo, B Gutiérrez Puertas, A Rodríguez Camacho

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

PALABRAS CLAVE: hemolytic anemia-drug toxicity-chronic hepatitis C

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 55 años derivado a urgencias hospitalarias por cifras bajas de hemoglobina(Hb)6,1 hallado en análisis de control. Entre los antecedentes personales destaca ex adicto a drogas por vía parenteral, VIH desde los 18 años, nunca en tratamiento, es controlador de elite de la enfermedad, actualmente con carga indetectable con 832CD4 y nunca enfermedades oportunistas. Además infección crónica por VHC(genotipo 1a) en tratamiento con (Viekirax+Exviera+Rivabirina) cumpliendo 12 semanas de tratamiento el día de la visita a urgencias. Durante la anamnesis comentó astenia en la última semana acompañada de disnea de esfuerzo sin clínica cardiológica. No evidencias de sangrados. En la exploración física destacó palidez mucocutánea. Entre las pruebas complementarias destacó Hb de 5,9, con 19,7% de hematocrito y VCM elevado, LDH elevada, Haptoglobina 0 y Coombs directo positivo. Desde urgencias se inició el estudio de la anemia, solicitando frotis a hematología con resultados que sugerían anemia regenerativa por posibles sangrados o hemólisis, descartando hemoglobinopatías. Se interconsultó con el servicio de inmunología que descartó anemia hemolítica autoinmune. Durante su estancia se transfundió dos concentrados de hematíes junto a 125mg de Metilprednisolona sin incidencias, así que se derivó a Hospital de día de Medicina Interna para revisión y continuar el estudio en 48 horas. En la revisión se apreció buena rentabilidad de hematíes con Hb 7,6 y se prescribió prednisona60mg diario junto a omeprazol, suspendiendo Rivabirina por sospecha de posible toxicidad. El paciente fue revisado sucesivamente en hospital de día con buena evolución alcanzando un nivel de seguridad de Hb tras tres semanas de tratamiento con corticoides. Finalmente se atribuyó el episodio de hemólisis a la toxicidad por Rivabirina.

CONCLUSIONES:

En este caso se documenta un efecto adverso de la ribavirina, siendo este frecuente en las primeras semanas de tratamiento, limitando la eficacia del mismo. En el servicio de urgencias es frecuente recibir a pacientes con cifras de Hb bajas para tratamiento hemoterápico, la mayoría de ellos mayores de 75 años ya estudiados. El resto de pacientes merece un estudio de anemias desde el propio servicio de urgencias, ya que esta puede ser el primer signo de múltiples patologías.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2422

¿HEMIBALISMO A LOS 85 AÑOS?

C Moreira Pereira da Silva, L Onieva Gil, A García Rodríguez

Consorci Sanitari de l'Anoia. Hospital d'Igualada. Barcelona

PALABRAS CLAVE: hemibalismo-ictus-hemorragia cerebral

HISTORIA CLÍNICA:

M. N. S., mujer de 85 años, sin alergias medicamentosas o hábitos tóxicos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica crónica con cateterismo en 2001 con enfermedad de un vaso (revascularización con implantación de 2 stent), DMAE bilateral y cataratas. Tratamiento habitual: valsartan 50mg/24h, simvastatina 20mg/24h, tramadol 50mg/12h, AAS 100mg/24h, insulina lantus 0-0-24. Acude por movimientos involuntarios de 12h de evolución, con inicio en EII y evolución clínica progresiva, hasta afectar todo el hemicuerpo izquierdo, incapacidad para la realización de movimientos voluntarios y descoordinación motora. Sin otra focalidad neurológica, afebril, sin antecedentes de traumatismo. A su llegada a urgencias TA 167/82 mmHg y FC 62lpm, Tª 35.4°C y SpO2 (21%) 96%. Como hallazgos en la exploración neurológica destacan movimientos involuntarios que limitan a la exploración de componente motor en hemicuerpo izquierdo con difícil valoración de dismetría, consciente en las tres esferas, nominación, evocación y repetición sin alteraciones, no alteraciones del lenguaje, campimetría por amenaza no impresiona hemianopsia, no alteración de motilidad ocular, reflejo cutaneoplantar flexor bilateral (marcha no explorada por imposibilidad para la deambulación). Resto de exploración sin hallazgos. Exploraciones complementarias: analítica sanguínea (sin hallazgos a destacar), ECG (ritmo sinusal), RX de tórax (ICT>0.5, similar a previos) y TAC craneal que evidencia hematoma agudo intraparenquimatoso de 8mm talámico derecho sin efecto masa (Ilustración 1). Orientamos como ictus hemorrágico talámico derecho con hemibalismo izquierdo como clínica principal, se decide ingreso para control y tratamiento. Se pauta tetrabenazina 12.5mg/12h para control de clínica neurológica, con buena evolución clínica y radiológica posterior (TAC de control a los cinco días con disminución de intensidad, mismas dimensiones).

CONCLUSIONES:

Ante un síntoma/signo poco habitual, hay que tener en cuenta que es más probable la manifestación infrecuente de una patología común, que una patología rara con clínica típica.

P-2423

MUTISMO COMO SÍNTOMA INICIAL EN HEMATOMA SUBDURAL

N Blanco Hernández, N Bejarano Rivera, G Anastasovski,
M Luengo Alarcón, S Castejón Hernández, M Cruz Grullón,
B Muntadas Molet

Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona

PALABRAS CLAVE: subdural-mutismo-traumatismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón, 52 años originario de Rumanía, con antecedente de intento autolítico y 5 meses antes de la visita de politraumatismo, fractura de muñeca y traumatismo craneoencefálico (TCE) frontal derecho, que acude trasladado por ambulancia por disminución del estado de conciencia, previamente asintomático. No disponemos de datos orientativos sobre los hechos. Hemodinámicamente estable, afebril, saturaciones basales correctas. Exploración cardiorrespiratoria anodina. Consciente, mutismo, Glasgow de 11(Ocular 4, Motora 6, Verbal 1). Comprensión conservada. Pupilas mióticas normorreactivas, no desviación de la mirada. Pares craneales conservados. Fuerza y movilidad EEII y EESS conservada. Locomotor sin lesiones. Analítica estrictamente normal, tóxicos en orina negativos. Dado el TCE y el mutismo intencional vs patológico se solicita TC Craneal que muestra hematoma subdural extra-axial izquierdo de características crónicas-reagudizado (HSC) con desplazamiento de la línea media de 19mm y signos de herniación subfalcial y transtentorial. Iniciamos dexametasona, manitol y levetiracetam. Se decide traslado al Hospital Vall d'Hebron de forma urgente. En el transcurso de su estancia en urgencias presenta deterioro del nivel de conciencia hasta Glasgow de 7(Ocular 2, Motor 4, Verbal 1), por lo que se decide secuencia de intubación rápida y ventilación mecánica asistida. A su llegada a centro de referencia se realiza drenaje de hematoma. Se realiza TC de control en el que se observa re-expansión cerebral con línea media más centrada. Actualmente el paciente no presenta secuelas.

CONCLUSIONES:

La incidencia en España de estimada del HSC oscila entre 1,72 y 14,1 casos por 100.000 habitantes/año, siendo frecuente la asociación con TCE en pacientes jóvenes (en torno a 72%). La forma de presentación en un 59% de los casos fue la cefalea, seguido de alteración del nivel de conciencia. Concluimos que en un caso como el nuestro, con antecedente hace 5 meses de TCE y pese a clínica de presentación anómala, ha de sospecharse la posibilidad de HSC y realizar una prueba de imagen complementaria, siendo el TC la de elección.



CASOS CLÍNICOS

P-2424

**HIPERÉMESIS Y TÓXICOS: UN CASO DE ESOFAGITIS
NECROTIZANTE AGUDA DE ORIGEN NO ACLARADO.
LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA**

**JM Serrano Navarro, MJ Rico Lledó, JF Martín Ruiz, J Triviño Hidalgo,
M Vigil Velis, N Llamas Fernández, JC Pardo Talavera**

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: esofagitis-necrotizante-hematemesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 34 años con antecedentes de mastocitosis cutánea y como hábitos tóxicos consumo habitual de cannabis. Las 12 horas posteriores al consumo de tóxicos (MDMA, Anfetaminas y Cocaína) y alcohol presenta odinofagia y dolor urente retroesternal, asociando episodios de hiperémesis con vómitos en 20 ocasiones, por lo que consulta en Urgencias. Analíticamente destaca Leucocitosis con Neutrofilia (15600, 89%N), fracaso renal agudo con creatinina de 2.5 y urea 170 y alcalosis metabólica. El paciente pasa a Observación para tratamiento y control evolutivo y durante la estancia aparece pico febril de 38.5, episodio de hematemesis franca e incremento del dolor retroesternal tras lo que se avisa a Endoscopista de Guardia para realización de endoscopia digestiva alta observándose en tercio inferior extensas áreas de esofagitis necrotizante (características de esofagitis por cáusticos, que el paciente niega haber consumido). Se avisa a UCI ante los hallazgos y se procede a ingreso tras la realización de TC cervicotorácico, que muestra engrosamiento de paredes esofágicas y burbujas sugestivas de microperforaciones sin presentar colecciones ni abscesos. Se realiza consulta con Cirugía general que consideran que no es subsidiario de tratamiento quirúrgico, por lo que en UCI se procede a tratamiento con antibiótico de amplio espectro y antifúngicos, tratamiento con IBPs, Nutrición parenteral, presentando 2 episodios de melenas con caída de hemoglobina y necesidad de transfusión. A pesar de la gravedad del cuadro presenta evolución favorable sin necesidad de drogas vasoactivas ni ventilación mecánica, siendo dado de alta de UCI tras 6 días del ingreso.

CONCLUSIONES:

La Esofagitis Necrotizante Aguda comprende un reto clínico para el médico, siendo una emergencia por la alta mortalidad de un diagnóstico tardío, por lo que debemos conocer su presentación y sospechar su existencia. Su patogenia no está del todo aclarada, relacionándose con situaciones de hipoperfusión, obstrucción del tracto digestivo alto, vómitos tras la ingesta de alcohol y malnutrición, entre otras (descartado el consumo de cáusticos). En el caso expuesto existen en conjunción el consumo de tóxicos vasoconstrictores que podrían contribuir a la isquemia (cocaína) y secundaria isquemia e hipoperfusión del esófago y la hiperémesis tras la ingesta de alcohol.

P-2425

**LA POCA CONCIENCIACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA
EN PACIENTE JOVEN**

**E Miravalles Fernández, E Gómez Fernández, E Ferrando Moreno,
I García del Pino**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: hipertensión arterial-hematuria-obesidad

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 22 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial diagnosticada a los 10 años, con estudio realizado en otra Comunidad Autónoma donde lo relacionaron con obesidad (no aporta informes), en tratamiento antihipertensivo con atenolol que suspendió, por voluntad propia, a los dos años desde su inicio. Desde entonces ha perdido 30 Kg. Acude por orinas color coca-cola, sin coágulos, sin disuria, tenesmo o polaquiuria. Episodio similar hacía un mes precedido de dolor lumbar, con control médico laboral donde presentaba microhematuria sin alteración de la función renal. Atribuido a un esfuerzo en el gimnasio. No edemas, no lesiones piel, no artralgias, no abuso AINES. A su llegada HTA 175/90 mmHg, sin taquicardia y afebril. Exploración física sin hallazgos significativos. Analíticamente destaca deterioro de la función renal (Cr 1.5) acompañada de albuminuria (300mg/dl) y hematuria (61 HxC) Nos encontramos ante una crisis hipertensiva con deterioro de la función renal, en paciente hipertenso, que había abandonado el tratamiento. Teniendo en cuenta las alteraciones del sedimento (microhematuria y proteinuria) y el mal control de la TA, debemos descartar origen glomerular (nefropatía IgA como primera posibilidad) además de causas secundarias de HTA. Se realiza ecografiarrenal: riñones de tamaño y grosor cortical dentro de la normalidad. Ambos riñones presentan un leve aumento difuso de la ecogenicidad cortical dando lugar a un aumento de la diferenciación corticomedular. No dilataciones, ni masas ni otras alteraciones significativas. Diagnóstico: brote de hematuria macroscópica en probable relación a Nefropatía IgA. Damos de alta al paciente con cita en consultas de Nefrología a los 4 días, con analítica completa y orina y comienzo de tratamiento antihipertensivo con amlodipino.

CONCLUSIONES:

En consultas analítica con mejoría de la función renal (Cr 1.1), hemograma, hormonas tiroideas, inmunología y serología sin hallazgos significativos. Orina incontables hematíes, dismórficos y cilindros hemáticos. Cambian el tratamiento antihipertensivo a IECA, manteniendo el seguimiento. Una parte importante de la medicina, a parte de un buen diagnóstico y la atención del paciente, es conseguir la concienciación de enfermedad, sobre todo en pacientes jóvenes, ya que puede llevar a un avance de la enfermedad temprano sin que el paciente sepa el nivel de gravedad que esto conlleva.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2426

ME CHOCO CON MIS COMPAÑEROS

B Sanchís Pardo, M Rodríguez Romero, MJ Tóvar Peñaranda,
BE Costa Martínez, D Peñalver Espinosa

Hospital Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: pérdida visión-hemianopsia homónima izquierda-ictus isquémico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: pérdida de visión campo temporal ojo izquierdo. Antecedentes personales: sin antecedentes de interés. Historia actual: Mujer de 15 años consulta por pérdida progresiva de visión en hemicampo temporal de ojo izquierdo de un mes de evolución que no interfería con su vida diaria hasta una semana antes de consultar cuando comenzó a chocarse con sus compañeros y familiares por ese lado. Niega cefalea, dolor ocular, visión borrosa, alteración en fuerza y sensibilidad. Hace un mes episodio de cuadro catarral con fiebre de un día de duración. Exploración física: TA 110/66 mmHg, T°36.8°, FC 97lpm, SatO2 99%. ACP: normal. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas normoreactivas. Reflejo fotomotor directo y consensuado conservado. Escotoma temporal de ojo izquierdo. MOE normal. Resto de PPCC centrados y simétricos. Fuerza 5/5 en MMSS y MMII. Sensibilidad conservada en MMSS y MMII. No dismetrías ni disdiadococinesias. Romberg-. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Signos meníngeos negativos. Exploraciones complementarias en urgencias: analítica normal, TC craneal normal. Evolución: Se consulta caso con oftalmólogo de guardia y tras valoración por su parte con OCT y retinografía normal con campimetría por confrontación con escotoma temporal, se sospecha probable neuritis óptica retrobulbar de ojo izquierdo, por lo que se decide ingreso. Durante su ingreso en planta: TC craneal (segunda lectura): lesión hipodensa en lóbulo occipital derecho con pérdida de volumen del parénquima sugerente de encefalomalacia de probable origen isquémico. RM craneal: área de encefalomalacia occipital derecha de probable naturaleza isquémica crónica. Eco-doppler de troncos supra aórticos: Sin alteraciones significativas. Ecocardiograma normal. Analítica con serología, autoinmunidad, crioglobulinas y homocisteinemia normal. Estudio de trombofilia normal. Diagnóstico: hemianopsia homónima izquierda secundaria a ictus isquémico occipital derecho de etiología indeterminada.

CONCLUSIONES:

Este caso resulta de interés por el diagnóstico final de la paciente. Aunque siempre debemos sospechar las causas más frecuentes de patología relacionada con la clínica y edad de nuestros pacientes, no debemos olvidar las menos frecuentes para realizar una correcta aproximación diagnóstica y tratamiento.

P-2427

ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIA A METFORMINA

A Casal Calvo, A Aldama Martín, A Asturias Saiz, JL Cepeda Blanco,
G Rijo Nadal, M Vieitez Santiago, L Alli Alonso

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: acidosis láctica-metformina-insuficiencia renal aguda

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 72 años, ex fumador, bebedor moderado, HTA, DM tipo 2, ACxFA. Tratamiento habitual con sintrom, irbesartan, metformina. Su familia refiere cuadro de 4 días de evolución de malestar general, con dolor abdominal y sensación distérmica. Lo encuentran hace una hora en su domicilio postrado, con disminución del nivel de conciencia, por lo que lo es traído a Urgencias. A su llegada, estuporoso, con livideces en abdomen y extremidades y frialdad distal. TA 80/40, FC 120, T° 35. Taquipneico. Arritmico. Abdomen distendido. Durante la valoración se produce deterioro progresivo hasta sufrir parada cardiorespiratoria con disociación electromecánica. Se inician maniobras de reanimación avanzada, se intuba, se inicia masaje y se administra 1 mg de adrenalina recuperando pulso. En la analítica se objetivan insuficiencia renal aguda (Cr 12 mg/dl, FG 4), hiperpotasemia (7 mEq/L) y acidosis (pH 6.8, bicarbonato 3.8, exceso bases 28, lactato 146) severas. Ante la sospecha de acidosis láctica secundaria a metformina y dada la inestabilidad hemodinámica del paciente, encontrándose en situación de shock con fracaso multiorgánico, se decide traslado a UCI, donde se inicia tratamiento con hemofiltración venosa continua y administración de bicarbonato, volumen, inotrópicos y vasopresores, con buena respuesta. Por otro lado, ya que no se podía descartar el shock séptico como causa de acidosis, se inicio antibioterapia y se realizaron cultivos microbiológicos, que resultaron negativos. Se solicitan niveles de Metformina, con resultado 51,45 mg/mL (normal 1,00-2.00 mcg/mL, tóxico >5 mcg/M).

CONCLUSIONES:

La acidosis láctica en pacientes diabéticos tratados con metformina es una complicación metabólica muy rara (<1/10.000) pero de alta mortalidad. Se caracteriza por disnea, alteraciones gastrointestinales e hipotermia, seguidos por alteración del nivel de consciencia y coma. Se relaciona con la presencia de factores predisponentes entre los que destaca la insuficiencia renal aguda, con acúmulo secundario de metformina (ya que su eliminación es renal). Otros son insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria, insuficiencia respiratoria, enfermedad hepática y shock de cualquier etiología. El tratamiento consiste en suspender la administración del fármaco e iniciar inmediatamente la hemodiálisis con bicarbonato, que elimina tanto el lactato como el antidiabético oral.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2428

ALTA TENSIÓN, PELIGRO DE MUERTE

**L González González, S Camba Matos, S Martínez Gestoso,
L Louzao Abellás, J Quintela Martínez, C Seoane Suárez,
N Chaves Serantes**

Hospital do Salnés. Pontevedra

PALABRAS CLAVE: hemorragia-intracaneal-hipertensiva

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 41 años, con antecedentes de tabaquismo y hemorragia intracaneal en la infancia sin secuelas residuales, que es traído a Urgencias por el 061 tras ser hallado en su domicilio con bajo nivel de conciencia. Su mujer refiere que el paciente sufría episodios de cefalea de larga data, esta última semana de mayor intensidad y con vómitos asociados. A su llegada a nuestro Servicio el paciente se encuentra inconsciente, tiene pulso y mantiene buena saturación de oxígeno, aunque presenta un Glasgow 4 (M2, O1, V1), con pupilas isocóricas, mióticas y escasamente reactivas, y un reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral. Se observan cifras tensionales de 220/140 mmHg, en paciente sin antecedente conocido de hipertensión arterial. Sin otros hallazgos relevantes en la exploración física. Se realiza TAC craneal en la que se evidencia una hemorragia intraparenquimatosa a nivel de los ganglios basales izquierdos, abierta a ventrículos y con importante efecto masa y herniación subfalcial. Por todo ello, el paciente es trasladado al Servicio de Neurocirugía, previa intubación orotraqueal bajo sedación y relajación con midazolam, etomidato y rocuronio. Se realiza una craniectomía descompresiva, tras la cual se completa estudio con angioTAC, que descarta malformación o aneurisma subyacente. Durante el ingreso hospitalario precisa tratamiento antihipertensivo en perfusión para control de cifras tensionales. En la analítica de ingreso destacan una creatinina de 5.18, con proteinuria asociada, todo ello en probable relación con nefropatía hipertensiva en paciente con hipertensión arterial maligna no conocida previamente. El paciente evoluciona lenta pero favorablemente durante el ingreso. En la actualidad se encuentra hospitalizado a cargo del Servicio de Rehabilitación por hemiparesia derecha, afasia mixta de predominio motor, disfonía y disfagia residuales.

CONCLUSIONES:

En toda patología tiempo-dependiente resulta imprescindible realizar un diagnóstico diferencial con la mayor celeridad posible, así como tener claro el algoritmo de actuación a seguir, ya que de ello depende el pronóstico del paciente.

P-2429

A LAS ESPALDAS DE UN SÍNCOPE

C García García, RJ Jiménez López, M Rodríguez Ordóñez

Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

PALABRAS CLAVE: síncope-hemorragia-dolor

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales: Alérgico a moxifloxacino. Exfumador. HTA, DL, AIT de repetición. Tratamiento: clopidogrel 75 mg/24 h, Enalapril-HCTZ 20-12.5 mg /24 h, pravastatina 40 mg/24 h, paracetamol 1 g/8 h. Anamnesis: Varón de 70 años, independiente ABVD, vida activa, acude a Urgencias por episodio de desvanecimiento con pérdida de conocimiento de minutos de duración, mientras se encontraba sentado, sin prodromos asociados, en el contexto de dolor en flanco izquierdo de horas de evolución. Niega palpitaciones, dolor torácico o disnea. No náuseas ni vómitos. No fiebre. Valorado recientemente por Servicio de Cardiología con J.C de palpitaciones sin documento arritmico en holter ni cardiopatía estructural en ECG. E. Física: Aceptable estado general. Palidez muco-cutánea. Eupneico en reposo. TA 90/60. Resto exploración anodina salvo abdomen doloroso a la palpación en flanco izquierdo, con sensación PPR izquierda positiva. >Pruebas complementarias: AS: Destaca HB 8.8 (previa 10.8), leucocitos 10.400 (Neu 8.500), INR 0.94. Creatinina 1.78 (previa 1.5), FG 35, enzimas cardíacas negativas, PCR 11. AO: Hematíes 150. Resto anodino. EKG: RS a 65 lpm, PR 0.20, QRS estrechos sin alteraciones de la repolarización. TAC Abdomino-pélvico: Destaca colección hiperdensa perirrenal izquierda sugestiva de hematoma perirrenal, de 10.4 x 7 x 7.1 cm que ejerce efecto de masa sobre parénquima renal, más marcado a nivel de polo superior, asociando leve cuantía de contenido hemorrágico en espacio pararenal posterior y anterior. Juicio clínico: Hematoma perirrenal izquierdo. Síndrome de wunderlich. Actitud terapéutica: Dado a que el paciente presentó estabilidad clínico-hemodinámica se decidió manejo conservador con monitorización continua de constantes, control de diuresis y control seriado de hemoglobina, con tratamiento de soporte necesario y estudio etiológico diferido tras resolución de cuadro agudo.

CONCLUSIONES:

La hemorragia renal espontánea subcapsular o perirrenal no traumática (síndrome de wunderlich) es una afección infrecuente pero importante. El hemoperitoneo es excepcional, quedando la hemorragia autolimitada por la resistencia del tejido perirrenal. La etiología es variada, correspondiendo más del 50% a patología tumoral, siendo el adenocarcinoma la causa más frecuente, seguido del angiomiolipoma. Otras causas menos frecuentes son: hidronefrosis, discrasias sanguíneas, tratamiento con anticoagulantes, enfermedades sistémicas o rotura de quistes renales. El tratamiento inicialmente es conservador, siempre y cuando el paciente permanezca estable, con el fin obtener un diagnóstico etiológico preoperatorio que permita la elaboración de una estrategia terapéutica orientada.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2430

OJO CON EL SÍNCOPE

MJ Tovar Peñaranda, M Rodríguez Romero, B Sanchís Pardo,
BE Costa Martínez

Hospital Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: syncope-vision low-Arnold-Chiari malformation**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Síncope y visión borrosa. **ANTECEDENTES PERSONALES:** -No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. -Fumadora de 15 cigarrillos/día. **HISTORIA ACTUAL:** Mujer de 25 años consulta porque presenta hace 2h un episodio de pérdida de conciencia transitoria con pérdida del tono postural, según los familiares de pocos segundos de duración, sin movimientos tónico-clónicos ni alteración de esfínteres asociado, precedido de mareo y sudoración, seguido de recuperación espontánea y completa, con sensación de cansancio posterior. En el último año ha presentado 10 episodios similares, siendo vista por cardiología, con prueba positiva de la mesa basculante y diagnóstico de síncope neuromediado. El último hace 15 días y refiere desde entonces problemas en la visión: tropieza con objetos que están a su izquierda y visión borrosa en dicho ojo además de cefalea leve opresiva a diario, no incapacitante y episodios de migraña sin aura intensos, esporádicamente. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** BEG. Normocoloreada y normohidratada. PA 107 /59 mm Hg, Afebril, Sat O2 99% basal. FC 78 lpm. CyC: No adenopatías ni signos meníngeos. ACP: Normal. ABD: Normal. NRL: Pupilas isocóricas y normorreactivas, no DPRA ni nistagmus. MOES y resto de PC normales. Fuerza, tono, sensibilidad superficial y cortical conservadas. Pruebas de coordinación normales. REM simétricos, RCP flexores. Marcha normal. Romberg -. FO normal, AV: OD 0,9 OI <0,1 **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Analítica: Normal ECG: RS a 75lpm sin alteraciones de la repolarización. TC CRÁNEO: Normal excepto fosa posterior con muy poca cisterna subaracnoidea a la vez que se proyectan las amígdalas cerebelosas por debajo del nivel del agujero magno: la derecha alcanza el nivel del arco posterior del atlas. Compatible con malformación de Arnold Chiari 1. **EVOLUCIÓN:** Se decide ingreso para estudio, realizándose RMN cerebral que informa de herniación de las amígdalas cerebelosas por el foramen magno y confirma el diagnóstico previo. Se descarta hipertensión intracraneal (RM normal, presión apertura LCR normal y FO sin papiledema con PEVs normales). Tras la evaluación oftalmológica no se encuentra una causa que justifique el escotoma, pendiente de electroretinograma. **DIAGNÓSTICO:** -MALFORMACIÓN DE ARNOLD CHIARI I -ESCOTOMA TEMPORAL OJO IZQUIERDO.

CONCLUSIONES:

Los síncope neuromediados son la causa de síncope más frecuentes pero no los únicos. Hay que realizar una anamnesis y una exploración adecuada pues podemos encontrarnos otras patologías subyacentes más importantes que los justifiquen.

P-2431

ME DUELEN LAS COSTILLAS

N Martín Díaz, Y Reverte Pagan, C Cano Bernal

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: accidente de tráfico-heridas y traumatismos-síncope**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 67 años de edad, dislipémico e hipertenso en tratamiento con simvastatina, olmetec plus y seguril con mal control consulta por dolor en área del cinturón (subclavicular izquierda y en hemitórax anterosuperior derecho) tras accidente de tráfico en horas previas mientras circulaba por autovía a aproximadamente 100 km/h. No refiere cortejo vegetativo ni alteración de consciencia. Exploración física: TA: 118/78. Temperatura: 36.6, FC: 71, SAT: 98. Glasgow: 15 Dolor a la palpación en región cervical izquierda con pulsos carotídeos conservados. Dolor a la palpación de hemitórax derecho. ACP: rítmico, sin soplos. MVC. ABD: blando, depresible, doloroso en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas, pulsos periféricos palpables y simétricos. Pruebas complementarias: se solicita radiografías tórax y parrilla costal que fueron normales y electrocardiograma sin cambios con respecto a previo. Evolución: mientras permanece en observación en sala de espera sufre crisis de sudoración y desconexión del medio (sin llegar a perder consciencia). Se pasa a camas de observación, con monitorización, se solicita analítica donde destaca Troponina ultrasensible I 0?5 y TC torácica sin hallazgos. Se avisa a UCI que decide no ingreso a su cargo. Permanece en área de observación con control enzimático. Se decide ingreso en Cardiología.

CONCLUSIONES:

Los traumatismos torácicos de alta energía pueden provocar lesiones potencialmente graves, siendo la más frecuente la contusión cardíaca que se manifiesta por elevación de enzimas cardíacas. Es por ello que en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios debemos hacer un examen exhaustivo y mantener al paciente en observación previa al alta.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2432

UN SÍNCOPÉ DE MAL PRONÓSTICO

A Asturias Saiz, A Aldama Martín, A Casal Calvo, JL Cepeda Blanco,
GE Rijo Nadal, P Bermúdez Martí, M Vieitez Santiago

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: síncope-pérdida de conciencia-hipoxia cerebral

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 59 años con antecedentes personales de carcinoma lobulillar infiltrante de mama, diagnosticado hace 25 años, con afectación ósea en esqueleto axial y pelvis (mastectomía, tratamiento quimioterápico y hormonal). Acude a Urgencias por pérdida de conciencia de 10 minutos, autolimitada, que se acompaña de temblor en miembro superior izquierdo y posterior rigidez corporal. Refiere sensación de malestar general y astenia en las últimas 24 horas. EF: Tª:37,3°C, TA:140/87mmHg, FC:94lpm. CyOx3, palidez cutánea, aspecto caquético. AC: rítmica, sin soplos. AP: buena ventilación bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, no doloroso, no masas ni megalias. MMII: sin edemas ni signos de TVP. NRL: leve disartria, desviación bucal, ptosis palpebral izquierda, tremor de extremidades superiores, con predominio izquierdo. Reflejos osteotendinosos exaltados en hemicuerpo izquierdo. Se realiza analítica sanguínea en la que destaca: Hb:10,1g/dL, Hto:30,4%, VCM:95fL, resto de valores analíticos normales. ECG: ritmo sinusal, a 94lpm, sin alteraciones de la repolarización. Se solicita TAC craneal que descarta la presencia de signos de hemorragia e isquemia aguda. Se observan imágenes de aspecto mixto, blásticas y líticas, de distribución difusa en toda la bóveda craneal, siendo más llamativos en el vértex craneal (región parietal bilateral de predominio derecho), además de realce leptomeníngeo y edema vasogénico local. La paciente es diagnosticada de síncope, en probable relación con infiltración leptomeníngea. Ingres para vigilancia neurológica, inicio de corticoterapia y radioterapia paliativa.

CONCLUSIONES:

El síncope o pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural asociados a recuperación espontánea sin secuelas, representa hasta el 3% de las visitas a Urgencias. Existen otras entidades que cursan con pérdida de conciencia: epilepsia, alteraciones metabólicas, psicógenas, accidentes isquémicos transitorios, intoxicaciones. La causa más frecuente de síncope es la reacción vasovagal (síncope neuromediado), seguido de la hipotensión ortostática, el origen cardiogénico y el cerebrovascular. La importancia de esta entidad radica en establecer un correcto pronóstico de los pacientes. Así, para su abordaje diagnóstico las principales herramientas son la historia clínica, la exploración física y el ECG, alcanzando hasta el 50% de los diagnósticos. En el resto de los casos se podrán realizar pruebas como el tilt test, monitorización/holter, estudio electrofisiológico, pruebas de esfuerzo o de imagen.

P-2433

DOLOR LUMBAR DE INICIO SÚBITO

A Asturias Saiz, A Casal Calvo, A Aldama Martín, JL Cepeda Blanco,
GE Rijo Nadal, N Otero Cabanillas, A Azagra Calero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: dolor lumbar-rotura aórtica-hipotensión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 83 años que acude a Urgencias por dolor lumbar de inicio súbito, de varias horas de evolución, no irradiado a extremidades inferiores y que se acompaña de dolor abdominal difuso. Asocia un vómito y una deposición diarreica. Niega traumatismo previo. Refiere haber realizado vida normal con anterioridad al inicio de los síntomas. Antecedentes personales: HTA, EPOC, aneurisma de aorta infrarrenal hasta bifurcación ilíaca con trombo mural en seguimiento en consultas de Cirugía Cardiovascular (desestimada intervención quirúrgica), insuficiencia renal crónica, deterioro cognitivo. EF: Tª:35°C, TA:87/65mmHg, FC:61lpm, SatO2:93%. Palidez cutánea, frialdad corporal. AC: rítmico, no soplos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: livideces, discreta distensión, doloroso en hipocondrio derecho, no masas ni megalias, RHA normales, no soplos. MMII: pulsos distales débiles, frialdad acra, no edemas. Se realiza analítica sanguínea: Hb:14,8g/dL, Hto:44,4%, VCM:97fL, Leucocitos:16.800 (S:71%, L:25%), Plaquetas:188.000, TP:84%, Urea:64mg/dL, Creatinina:2mg/dL, FG:30ml/min, iones normales. ECG: ritmo sinusal a 60lpm, BAV 1º grado. Angio-TAC abdominal: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (52mm) con signos de rotura contenida (extensa colección pararenal derecha), sin signos de sangrado activo. El paciente ingresa para manejo sintomático dado que se desestima tratamiento quirúrgico. Paradójicamente, a las 48 horas mantiene cifras de TA, FC, estando asintomático. Se decide repetir prueba de imagen que evidencia aumento de tamaño del saco aneurismático con sangrado reciente y riesgo de rotura inminente. Ante la nueva situación, el paciente es trasladado a la Unidad de Paliativos.

CONCLUSIONES:

El 70-75% de los aneurismas de aorta abdominal suelen ser asintomáticos, hallazgos fortuitos en la exploración o en pruebas radiológicas. La aparición de clínica generalmente se asocia con la presencia de complicaciones (dolor abdominal difuso, ateroembolismo de MMII o isquemia aguda de hemicuerpo inferior por trombosis del aneurisma). La rotura del aneurisma es el cuadro de mayor gravedad, supone una urgencia vital. Clásicamente se presenta como un dolor abdominal o lumbar, shock hemorrágico y evidencia de una masa abdominal pulsátil. La rotura es la primera manifestación clínica del aneurisma en el 10 al 30% de los pacientes y sólo un tercio de los aneurismas son diagnosticados antes de su rotura.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2434

VIENE POR TODO, MENOS POR LO QUE IMPORTA

G Molina Barriga, N Arroyo Pardo, P Montalvá García, S Gayoso Martín, A López Llerena, P Rivas Pacheco, M Sojo Elías

Hospital El Escorial. Madrid

PALABRAS CLAVE: neoplasias del pene-enfermedades del pene-pene

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 64 años, exfumador y exbebedor con antecedente de carcinoma epidermoide de suelo de boca intervenido en 2007. Sin tratamiento habitual. Acude a urgencias por caída accidental con contusión costal derecha, además refiere lesión en el pene de, según refiere, 2 meses de evolución dolor continuo y sangrado fácil sin otra sintomatología. En la exploración física destaca dolor a la palpación en línea axilar anterior y posterior derechas en todos los arcos costales. Auscultación pulmonar: Hipoventilación generalizada. Genitales: pene deformado con pérdida total de la anatomía distal, eritematoso y maloliente. Resto sin hallazgos significativos. Analítica: Hemograma: leucocitos 12,7 mm³, Bioquímica normal. Coagulación: TP 14,9, PCR 8,98 mg/dl Rx tórax: Masa en LSD. Cicatrices costales derechas antiguas. Traslado a Hospital de referencia para: Estudio por probable proceso neofornativo pulmonar y valoración urológica del pene. TAC toraco-abdominal: masa necrótica hilar en LSD sugestiva de carcinoma broncogénico y adenopatías mediastínicas patológicas. La lesión amputa el bronquio segmentario posterior y apical del LSD Biopsia pulmón: carcinoma no celulas pequeñas, concordante con carcinoma escamoso poco diferenciado Biopsia de pene: carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Asociado a infección VPH genotipo 16 (muestra del pulmón fue negativa) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Causas infecciosas: la mayoría de los casos. Bacteriano (sífilis), clamidias, virus (herpes), parásitos, hongos. Causas inflamatorias no infecciosas: Sd. Behcet, Psoriasis, Lique plano, Pénfigo vulgar. Causas neoplásicas: Eritroplasia de Queyrat, Epitelioma basal, Carcinoma epidermoide, melanoma maligno.

CONCLUSIONES:

Este paciente, con muy poco cuidado personal, acude por un golpe en hemitorax izquierdo, los hallazgos posteriores condicionan mas estudios que revelan 2 patologías tumorales. El cáncer escamoso de pene es una neoplasia poco frecuente que represente el 95% de los tumores de esta localización. La mayoría en varones mayores de 50 años. Y ante la presencia de una lesión en pene es fundamental descartar el cáncer de pene, ya que el factor pronóstico más importante es la presencia de metastasis ganglionares. Los factores de riesgo con los que se relaciona son: mala higiene, fimosis y la infección por VPH (mayor frecuencia VPH 16).

P-2435

¡OJO CON LAS LESIONES ERITEMATOSAS!

M Rodríguez Ordóñez (1), C García García (2), P Molina García (3), MI Luna Valero (4), Y Sow Lanzas (5)

(1) Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga. (2) Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. (3) Adjunta Urgencias. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. (4) Centro de Salud Coin. Málaga. (5) Centro de Salud Miraflores. Málaga

PALABRAS CLAVE: debilidad miembros superiores-lesiones eritematosas-pérdida de peso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 90 años sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertenso, hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con enalapril, alfuzosina Acude a urgencias por debilidad con limitación a la movilidad de ambos hombros de dos semanas de evolución iniciándose como dolor leve asociando lesiones eritematosas pruriginosas en escote, cara y cuero cabelludo del mismo tiempo de evolución, que habían sido tratadas con hidrocortisona tópica sin mejoría. Afebril. Refiere pérdida de peso de 10 kg en los últimos 2-3 meses. Exploración física y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Colaborador y orientado.TA: 124/70 mmHg. FC: 89 lpm. Eupneico en reposo. Afebril Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos.Hipoventilación generalizada. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso. Extremidades: sin alteraciones. Presenta erupción eritematosa en zona malar, nasal, raíz de cuero cabelludo y zona de escote, con aumento de temperatura. Lesiones periungueales, algunas hemorrágicas, sugestivas de teleangiectasias. Debilidad e imposibilidad para la movilidad proximal de miembros superiores, con fuerza y movilidad conservada a nivel distal. Analisis sanguíneo: Hb 13,4, Leucocitos 5600, plaquetas 175000, coagulación sin alteraciones, glucosa: 101, urea 62, Creatinina 0.61, iones sin alteraciones,calcio:8, proteínas totales:5,4,PCR:27,CK:3064 Radiografía tórax: elongación aórtica con calcificación generalizada. Radiografía columna cervical: signos osteodegenerativos TC Cráneo: Atrofia córtico-subcortical acorde a la edad del paciente. Lesiones isquémico-degenerativas. Calcificaciones ateromatosas en carótidas internas intracraneales. Resto anodino. Líquido cefalorraquídeo: no leucocitos, hematíes 6, glucosa 62, proteínas 30, ADA 6,4 Juicio clínico: Dermatomiositis probable para-neoplásica. Diagnóstico diferencial: Síndrome Guillain-Barré atípico, plexopatía braquial bilateral atípica. Evolución en observación realizándose biopsia cutánea e ingreso en medicina interna para completar estudio.

CONCLUSIONES:

La dermatomiositis forma parte de un grupo heterogéneo de enfermedades musculares de etiología desconocida que se caracterizan por la presencia de debilidad e inflamación muscular asociando afectación cutánea. Esta enfermedad se relaciona con un aumento del riesgo de neoplasia (de 4 a 8 veces superior a la población general). Siendo la incidencia de cáncer en pacientes con dermatomiositis entre un 15-30% del total de los casos, ocurriendo entre el 26 y el 70% de éstos en el primer año de diagnóstico, resaltando así la importancia de hacer un diagnóstico precoz que agilice el estudio completo del paciente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2436

¡QUÉ MAL ME HA SENTADO ESTA INYECCIÓN!

**L Blázquez González, CM Cano Bernal, N Martín García,
Y Reverte Pagán, AL Hernández Olivares, B de La Villa Zamora,
LM González Torres**

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: afasia-trombosis de los senos intracraneales-hemorragias intracraneales

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 46 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés salvo la toma de anticonceptivos orales. La paciente, de origen árabe, acude a urgencias acompañada de una amiga refiriendo lenguaje incoherente y desorientación temporoespacial, sin reconocer a las personas de su entorno, asociando fiebre y cefalea. Su amiga insiste en que la sintomatología se había iniciado tras la administración de sulpirida intramuscular por clínica de mareo con sensación de giro de objetos esa misma mañana, pero en el momento de la consulta eran mucho más evidentes. Exploración física: constantes normales, t^a 37°C. Exploración cardiopulmonar y abdominal normales. Exploración neurológica: Somnolienta, pero responde a estímulos verbales. Lenguaje hipofluente, afasia de predominio sensitivo. No obedece órdenes, ni nomina, ni repite. Reflejo de amenaza bilateral presente. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Fuerza conservada, no impresiona de déficit sensitivo. TC craneal y angioTAC de arterias cerebrales urgentes: Hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo con efecto masa sobre el sistema ventricular que condiciona desviación de la línea media de 3 mm y herniación uncal incipiente. Hemorragia subaracnoidea asociada en surcos vecinos. No se observan malformaciones arteriales ni aneurismas. Hiperdensidad compatible con trombosis del seno transversal y sigmoide izquierdos.

CONCLUSIONES:

Tras los hallazgos en pruebas de imagen, fue derivada para valoración por Neurocirugía. Una vez ingresada, se inició tratamiento anticoagulante, con una evolución satisfactoria. Además, se realizaron estudios analíticos, serológicos y pruebas de imagen (resonancia magnética y Ecodoppler de MMII), siendo la anticoncepción hormonal la causa más probable. Se trata de una mujer con una barrera idiomática importante, que dificultaba tanto la anamnesis como la exploración neurológica, siendo complicado discernir si la paciente no obedecía ciertas órdenes por su afasia o porque no entendía castellano. Sin embargo, este hecho no nos debe hacer dudar ante una clínica neurológica tan clara por la urgencia vital que supone.

P-2437

NO SUBESTIMES UNA ODONTALGIA, LA CAVIDAD ORAL PUEDE TENER GRANDES SORPRESAS

**T Rodríguez Nieto, V Molina Samper, N Velilla Mendoza,
F Beramendi Garciandía, M Castro Neira, MJ Molina Estirado**

Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: odontalgia-leucemia-pancitopenia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 33 años de edad que es recibida en el cribado de urgencias por síntomas rinofaríngeos. Cuenta que hace 3 semanas que inició dolor de molar inferoizquierdo que había ido tolerando con AINE. Hace una semana acudió a su MAP porque el dolor ha aumentado, y se nota alguna tumefacción, lo cual ambos atribuyen a un flemón dental y le es pautado amoxiclavulánico, a pesar del cual asocia febrícula y dificultad al tragar por lo cual decide ir a urgencias. Niega ninguna otra algia y/o sintomatología. En EF se encuentra TA 142/74 mm Hg, 100 lpm, T^o 36.8 °C y Sat.O2: 96%, en cavidad oral se aprecian petequias gingivales generalizadas y lesión blanquecina en paladar duro muy dolorosa, abultada. Se realizan Rx de tórax y ECG, ambos normales, no así su hemograma de abordaje que muestra los siguientes valores: Hematología: Hb 6.8 g/dL, Htco 22.9%, Leucocitos 225.000/mm³ con 70% de blastos, plaquetas 9.000/mm³. TP y aPTT normal. Bioquímica: PCR 57, Bilirrubina 0,4, ASAT 15, ALAT 7, GGT 253, Proteínas 5,4, ionograma y gasometría arterial normal. La paciente es ingresada en Hematología quien realiza estudio citométrico y clasifica la entidad como leucemia aguda de estirpe monocítica LMA-5a.

CONCLUSIONES:

La Leucemia Aguda es una proliferación neoplásica clonal de precursores medulares incapaces de madurar -blastos-, lo que traduce un descenso de las series hematopoyéticas -pancitopenia-, con posterior invasión de sangre periférica y tejidos. Se clasifican de acuerdo a FAB, siendo nuestro caso el tipo M5a: leucemia aguda monoblastica. Los síntomas usuales son el síndrome anémico, infecciones de repetición, trombopenia e infiltración tisular - las formas M4 y M5 suelen infiltrar piel y encías-. El diagnóstico se hace por los hallazgos de leucocitosis con blastos, pancitopenia: anemia, neutropenia y trombopenia, medula ósea hiper celular con >20% de blastos, y posterior estudio citométrico y genético. Con el presente caso queremos hacer un llamado a no subestimar una detallada anamnesis a través de interrogatorio y exploración física, en éste caso de la cavidad oral, que puede guardar mucha información valiosa de cara a realizar una aproximación diagnóstica oportuna.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2448

TODOS LOS EXCESOS SON MALOS

**E Ferrando Romero, I García del Pino, E Miravalles Fernández,
M Clemente Murcia, J Sánchez Tembleque, S Pérez Baena,
A Sáiz Peña**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

PALABRAS CLAVE: obstrucción-megacolon-íleo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 57 años originario de Ecuador, con antecedentes de sigmoidectomía laparoscópica en 2013 por vólvulo, acude a urgencias por presentar dolor abdominal generalizado asociado a vómitos, ausencia de deposición y de emisión de gases de 24 horas de evolución tras ingesta de 15 fortasec en el contexto de un cuadro de gastroenteritis aguda previo. - Exploración física: Abdomen: Ruido hidroaéreos metálicos aumentados, distendido, blando y depresible, doloroso a la palpación difusa. No signos de irritación peritoneal. Ampolla rectal vacía. - Analíticamente: Hipotasemia con alcalosis metabólica compensada, colestasis disociada y síndrome inflamatorio analítico (PCR 19 mg/dl sin leucocitosis pero con neutrofilia de 78,8%). - En la radiografía de abdomen: Se evidencia heces en marco cólico con distensión de colon ascendente y niveles hidroaéreos. - Plan: Ante sospecha de pseudobstrucción intestinal de probable origen farmacológico se decide manejo conservador: dieta absoluta, sueroterapia y colocación de sonda nasogástrica con salida abundante de contenido alimentario mezclado con contenido biliar y fecaloideo. A pesar de dicho tratamiento no muestra mejoría clínica ni analítica ni radiológica, por lo se decide extraer hemocultivos y serología de Chagas. JUICIO CLÍNICO: - Ileo intestinal adinámico: de origen farmacológico resuelta tras manejo conservador con suspensión del fármaco, enemas de limpieza y suero terapia. - Serología de Chagas positivo: solicitada de acuerdo a procedencia de paciente y cuadro de megacolon que pudiera favorecer el ileo paralítico. Se inicia tratamiento con ivermectina 3 miligramos, ingiriendo 5 comprimidos en ayuna durante 2 días. - Alcalosis metabólica e hipotasemia secundarios a pérdidas digestivas a tercer espacio.

CONCLUSIONES:

En un mundo cada día más globalizado es necesario conocer y manejar correctamente las enfermedades infecciosas endémicas de otras zonas, ya que puede interferir tanto en el diagnóstico como en el manejo de la patología diagnosticada.

A-1761

CEFALEA Y VISIÓN BORROSA: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIELOMA DE BENCE JONES

**M Casado Muñoz, JL Gálvez San Román, J Gutiérrez Caracuel,
E Oncala Sibajas, L Undabeytia López**

UGC Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

A-1762

HIPOGLUCEMIA SECUNDARIA A LEVOFLOXACINO

**MJ Morales Sánchez, S Morales Sánchez, JV Palomo Carvajal,
E Navarro Guerrero, J Krivocheya, M Jimena García,
D Santamaría Amat**

Hospital de Melilla

A-1767

PATRÓN INTERSTICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

**FJ Tamargo Miguel, A Martín Suárez, JA Méndez López,
M Martino Blanco**

Hospital de Cabueñes. Gijón

A-1789

DESORIENTADOS EN URGENCIAS

**O Zhygálova Zhygálova (1), AC Matía Cubillo (2),
M Sáinz de Andueza (1), J Grunewald Ortiz (1), L Campo Alegría (1),
I González Prada (1), I Zhygálova Zhygálova (3)**

(1) Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. (2) C. S. Los Comuneros. Burgos.
(3) Estudiante de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander

A-1793

NEOPLASIA ESOFÁGICA EN NIÑA DE 13 AÑOS CON DESENLAZ FATAL

C González Pozo, M Tejón Ruiz, C Mateos Madrid, E Moriel Santaella
Hospital Comarcal de Antequera. Málaga



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1837

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN PACIENTE
CON COLITIS ULCEROSAJF Rodríguez Fernández, JR López Morales, E Pérez García,
M Pérez Castilla, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

A-1838

LUMBALGIA PARALIZANTE

L Canchaya Iglesias, I Calvo Sánchez, N Pazos Bernal, A Gil Montes,
AM Gallardo Gallardo

Hospital Comarcal de la Serranía de Ronda. Málaga

A-1839

PTOSIS PALPEBRAL Y DIPLOPÍA BINOCULAR FLUCTUANTE
EN PACIENTE DE 66 AÑOS. PARÁLISIS PARCIAL DE III PARR Infantes Ramos (1), C Fernández-Fígares Montes (2), JI Valero
Roldán (1), ME Reyes García (1), I Villar Mena (1), M Aguilar
Casas (1), MV Alarcón Morales (1)

(1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

(2) Centro de Salud Victoria. Málaga

A-1840

A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPONATREMIA SINTOMÁTICA
EN URGENCIAS

N Rodríguez Montalbán, AI Caro Cabello, S Guillén Maldonado

Hospital de Torrecárdenas. Almería

A-1842

NO TODO DÉFICIT NEUROLÓGICO ES ICTUS

A Rando Jiménez, JM García López, G Fontalba Ruiz

Hospital Regional Universitario de Málaga

A-1844

CRISIS COMICIAL COMO CARTA DE PRESENTACIÓN
DE MENINGOENCEFALITIS

M Díaz García (1), MJ Cabrerizo Egea (2), R Suárez Cadenas (3)

(1) UGC Nijar. Almería. (2) DCCU Bola Azul. Almería. (3) 061-EPES Almería

A-1847

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS: PERITONITIS BACTERIANA
ESPONTÁNEA (PBE)J Nicolás Gálvez (1), MI Arjona López (2), JJ Vives Hernández (3),
IM Reina Nicolás (1), M Cascales Sánchez (1), S Sánchez Soler (1)(1) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. (2) Hospital Universitario
Virgen de la Arrixaca. Murcia. (3) H. Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

A-1848

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

MI Arjona López (1), JJ Vives Hernández (2), IM Reina Nicolás (3),
M Cascales Sánchez (3), S Sánchez Soler (3), J Nicolás Gálvez (3)(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. (2) H. Virgen del Castillo.
Yecla, Murcia. (3) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

A-1849

ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS. COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA

AM Maldonado Santiago, V Piña Martín, AI Caro Cabello

Hospital de Torrecárdenas. Almería

A-1851

NO TODOS LOS MAREOS SON IGUALES

E Peraíta Fernández, FM Mateos Chaparro, H Molina Llorente,
I Sanlés González, D Torresano López, P Hernández Martínez,
EA Lino Montenegro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-1853

MENINGITIS EN PACIENTE CON HERPES ZOSTER

M Fuentes de Frutos (1), I Cuadrado Blanco (1), P Costa Alba (1),
V Rodríguez Fariña (1), A Gómez Prieto (2), MJ Custodio García (1)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (2) Médico de G.E.S

A-1856

A PROPÓSITO DE UNA EXTRACCIÓN DENTARIA

J Zarco Manjavacas, CM López Ríos, A Sánchez Valencia

Tomelloso



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1857

¿HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE?

MP Lora Coronado, E Jiménez Ruiz, J Aznárez Adelantado

Complejo Hospitalario de Jaén

A-1860

DOLOR ABDOMINAL SÚBITO EN PACIENTE JOVEN

J Zarco Manjavacas, CM López Ríos, J Paz Galiana

Tomelloso

A-1861

EN LA DIANA

C Gago Bellido, Y Donat Sanz, A Vigo Peiró, A Ayestarán Masó,
V Alcover Medina, M Borrás Bermejo, A Ramos Marzo

Hospital de Liria. Valencia

A-1862

ICTUS HEMORRÁGICO TRAS CONSUMO DE COCAÍNA

Al Caro Cabello, AM Maldonado Santiago, V Piña Martín

Hospital de Torrecárdenas. Almería

A-1866

CUADRO DE DESORIENTACIÓN Y AGITACIÓN TRAS UN PARTIDO DE FÚTBOL

V Sendín Martín, E Rodríguez Adrada, A Marban Macarrón,
C Oñoro Algar, B González Casanova, R Barba Martín

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

A-1868

LA IMPORTANCIA QUE NO LE DAMOS HOY EN DÍA A LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO RECURSO DIAGNÓSTICO EN PLENO SIGLO XXI

MA Garrido López, M Carrión Domínguez, M Rodríguez Rodríguez,
B Gómez Álvarez, R Vallellano Domínguez, C Puchaes Manchón

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

A-1870

ESÓFAGO NEGRO. UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA A ESTUDIO

C Cara Ligerio, AB Hidalgo Pérez, N Fernández de Cañet Ramírez,
A Matas Lara, A Serrano Heras, R Gallardo González

Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín. Linares, Jaén

A-1871

PACIENTE JOVEN CON TAQUICARDIA

I Sánchez Díaz (1), PN Iribarren Lorenzo (1),
V Fernández Rodríguez (1), A Alonso Morilla (1), J Fonseca Ortega (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Hospital Vital Álvarez Buylla. Asturias

A-1873

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ANTE LA SOSPECHA DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA EN EXTRAHOSPITALARIA

I Erlanz Aramayo (1), JL González González (1),
R Fernández-Cid Bouzá (2), MD Jiménez Hornos (3)

(1) Servicio Atención Urgente 061 Baleares. (2) Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Mateu Orfila. Menorca. (3) Médica adjunta del Servicio de Urgencias. Hospital Mateu Orfila. Menorca

A-1876

MIELOMA MÚLTIPLE: PLASMOCITOMAS DISEMINADOS

G Bustamante Sánchez (1), E Sánchez García (1),
V Barragán Flores (1), V Medialdea Dziatzko (1), J Espinach Albarós (1),
S Benere Echeverría (1), JM Domingo Lozano (2)(1) Hospital Sant Joan de Deu de Martorell. Barcelona.
(2) CAP Singuerlin-Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

A-1878

COLECISTITIS AGUDA. OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

ML Morales Cevitanes (1), M Jiménez Parras (1),
P Benítez Moreno (2), J Gea Fernández (1), A Varo Porras (1),
E Rosell Vergara (1), V Morell Jiménez (1)

(1) UGC Urgencias H. C. U. Virgen de la Victoria. Málaga. (2) UGC Medicina Intensiva. H. R. U. Carlos Haya. Málaga



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1880

ENCEFALITIS LÍMBICA AUTOINMUNE QUE DEBUTA COMO
SÍNDROME CONFUSIONAL EN HOMBRE JOVEN

E Zugazaga Badallo (1), I Fernández Vidaurreta (1), CM González Jiménez (1), JS Zlatkes Kirchheimer (2), DE Linares Cacho (1), L Tellez González (1), D Castell Benito (1)

(1) Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. (2) Hospital Universitario de Ramón y Cajal. Madrid

A-1881

¿ESTÁ SIMPLEMENTE DESHIDRATADO?

M Nevado Villafuella (1), E Ruiz Cicero (2)

(1) Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid. (2) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

A-1910

CRISIS ADDISONIANA

A Gutiérrez González, D Fernández Suárez, C Martínez Llana, CA Carrillo Chimbo, JP Rodríguez Hernández, S Francesena González, R Fernández Alonso

Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-1911

SIGNOS DE ALARMA DE LUMBALGIA. MIELITIS ISQUÉMICA

S Francesena González, R Fernández Alonso, C Arias Meneses, L Arboleya Álvarez, A Gutiérrez González, D Fernández Suárez, C Martínez Llana

Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-1912

UNA CEFALEA NO TAN COMÚN

L Arboleya Álvarez, A Gutiérrez González, D Fernández Suárez, C Martínez Llana, C Carrillo Chimbo, JP Rodríguez Hernández, S Francesena González

Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-1916

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS.
LA IMPORTANCIA EN LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

MM Becerra Mayor (1), A Contento Gonzalo (1), V Becerra Mayor (2)

(1) Hospital Regional de Málaga. (2) Hospital La Línea. Cádiz

A-1926

LA COCAÍNA, UN MAL COMPAÑERO DE VIAJE

C Pardos Molina, A Marí López, O Yuguero Torres, A Vena Martínez, A Moreno Pena, C Llobet Pina

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

A-1927

¡ESTOY DE LOS NERVIOS CON ESTE DOLOR DE CUELLO!

MP Egea Campoy (1), D Rosillo Castro (1), C Hernández Martínez (1), D Fernández Garrido (1), V Jiménez Garzón (1), EP García Villalba (1), B Medina Tovar (2)

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia. (2) Hospital Reina Sofía. Murcia

A-1928

ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS EN VARÓN JOVEN CON
INGRESOS REPETIDOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AM Prados Gallardo, I Blasco Esquivias, M Vaquero Sedas, F de la Prada Álvarez, C Navarro Bustos

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

A-1929

MENINGITIS NEUMOCÓCICA

JR Penedo Alonso, LM Román, MJ Estévez Rueda, Y Aranda García, M Sánchez Pérez, L Díaz Vidal, C Casas Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1930

SINTROM Y AGENTES EXTERNOS

EF Retuerto Martínez, NX Pinto Pérez, DM Ramírez Gómez,
M Quesada Fernández, JJ Vives Hernández, MD González Navarro
Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

A-1931

MIS IMPULSOS Y YO

H Tejera Puente, AM Perea Rodríguez, R Reyes Aguilar,
AM Cordovilla Moreno, L Mourelle Velázquez, C Castro Fernández,
A Viciano Martínez
EPHPO

A-1933

SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO

G Pérez Clavijo, A Crisan, B Cuartero Cuenca, J Alonso Morte
Hospital General San Jorge

A-1934

EPISTAXIS DE ORIGEN INUSUAL

EF Retuerto Martínez, M Quesada Fernández, DM Ramírez Gómez,
NX Pinto Pérez, MD González Navarro, JJ Vives Hernández
Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

A-1935

LA CARA OSCURA DE LA MENINGITIS

C V G (1), A Martín Pérez (2), R Peinado Clemens (1),
MA Ruiz Sanz (3), JM Fernández Núñez (1)
*(1) Hospital Infanta Cristina. Badajoz. (2) Hospital Ciudad de Coria. Cáceres.
(3) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz*

A-1936

¿TODA HEMIPARESIA ES UN ICTUS?

MM Picans Saurino, JT Pérez Hopkins
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-1937

SÍNDROME MEDULAR TRANSVERSO POR NEURINOMA DORSAL

C Rubio Chacón, JJ Rubio Chacón, L Castro Arias, I Fernández Marín,
E Muro De Pinedo, M Cuadrado Fernández, N Sánchez Prida
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-1938

SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

S Melero Cabezas (1), A Pérez Zapata (2), C Hernández
Fernández (3), R Osma Santiago (1), S Vera Villanueva (1),
F Juan Espert (4), P Sánchez Sánchez (4)
*(1) Centro de Salud Xirivella, Atención Continuada. Valencia. (2) SAMU.
(3) Valenciana Emergencias Médicas. (4) Centro de Salud Alaquás. Valencia*

A-1939

UNA PACIENTE PSIQUIÁTRICA DISTINTA

C Piccone Saponara (1), M Clemente Yélamos (1),
R Soriano Arrollo (2), C Montes Castillo (2), M Lorca Serralta (1),
B San Sebastián Ramírez (1), P Alonso Bejar (1)
*(1) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez, Madrid.
(2) Hospital Universitario La Paz. Madrid*

A-1940

LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN COLUMNA DORSAL:
DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS

C Piedra Rodrigo (1), IM Sánchez Pérez (2), IM Martín Esteve (1),
MF Albarracín Vélchez (1)
*(1) Hospital de Torrecárdenas. Almería.
(2) Servicio Urgencias Extrahospitalarias. Lorca*

A-1941

SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN BILIAR

IM Reina Nicolás (1), JJ Vives Hernández (2), N Martínez Ortega (3),
P Soria Candela (2), EJ Martínez Lerma (2), L Rodríguez Quijano (2)
*(1) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.
(2) Hospital Universitario Virgen del Castillo. Yecla, Murcia*



CASOS CLÍNICOS

A-1942

ISQUEMIA DE MÉDULA ESPINAL

C Tejero Pallarés, S Gayoso Martín, E Mora Bastante,
M Huerta Fernández, M Ortega Mercader, F Favá García,
A Guila Ardila

Hospital El Escorial. Madrid

A-1944

EL SECRETO MEJOR GUARDADO: VIH

MJ Larre Muñoz, G Hernández Comes, C Pérez Ductor,
JM Giner Morales, C Sala Sáinz, V Chumpitaz Capcha,
J Precioso Costa

Hospital Dr. Peset. Valencia

A-1945

OTRA CAUSA DE MASA CERVICAL EN PACIENTE JOVEN

MM Blanco Magdaleno, AM García Rodríguez, T Majo Fierro,
MJ Fora Romero, M Rojas Hernández, C del Pozo Vegas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

A-1946

LA GRAVEDAD DE UN VÉRTIGO

MM Blanco Magdaleno, AM García Rodríguez, T Majo Fierro,
MJ Fora Romero, M Rojas Hernández, C del Pozo Vegas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

A-1947

LA SALMONELLA QUE CASI ME LLEVA A DIÁLISIS

MR López Díaz, VM Madrid Ferreiro, EM Guirado Granados,
S Martínez Saldumbide, P Saburido Castrillon, L Sánchez Martínez

H. Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

A-1949

EL PAPEL DE LA ROTACIÓN CERVICAL EN LAS CEFALÉAS

T Majo Fierro, MM Blanco Magdaleno, AM García Rodríguez,
A Blasco Pérez, M Rojas Hernández, C del Pozo Vegas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

A-1950

DEL MAREO AL ÉXITUS: UN CAMINO INEXORABLE

D Fernández Garrido (1), D Rosillo Castro (1),
C Hernández Martínez (1), A Mora Sáez (2), E Carreño Aroca (1),
R López Valcarcel (1), AJ Sánchez Guirao (3)

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca, Murcia. (2) Hospital Universitario
del Vinalopó. Alicante. (3) Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

A-1952

LA DIARREA NO ME DEJA VER

MJ Aguilera Maldonado, JJ Vives Hernández, DM Ramírez Gómez,
NX Pinto Pérez, EJ Martínez Lerma, MD González Navarro

Hospital Universitario Virgen del Castillo. Yecla, Murcia

A-1954

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT, A PROPÓSITO DE UN CASO

C Beneyto Ripoll, P Llópez Espinós, MA Carbonell Torregrosa,
JM Sigüenza Ortiz, AM Martínez Díaz, N Pérez Ramírez,
A Adsuar Parreño

Servicio de Urgencias. Hospital de Elda, Alicante

A-1955

MIXEDEMA DE ORIGEN INFECCIOSO

M Cárdenas Antón, P Lora Coronado, J Aznárez Adelantado

C. H. Ciudad de Jaén

A-1958

HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN PACIENTE JOVEN

M Rojo Iniasta, N Espina Rodríguez, P González Jiménez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-1962

UN DEBUT DE PESO

V Cantó Blázquez (1), V Castro Jiménez (1), B González Ramón (1),
J Ayuso Íñigo (1), C González Jiménez (2), E García Díez (3),
B Rodríguez Miranda (1)

(1) Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (2) Hospital de Torrejón. Madrid.
(3) SUMMA 112



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-1963

¿SÓLO UNA SEPSIS?

C Gil Castillo, V Rodríguez Fariña, M Fuentes de Frutos,
MJ Custodio García, R Herrero Antón

Hospital Universitario de Salamanca

A-1983

ICTUS DEL DESPERTAR. ¡ALERTA!, NO TODO ESTÁ PERDIDO

J Beteta Moya, C Fernández Alcalá, AF Perea Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

A-1988

EL CENTINELA DEL PEÑASCO. MONONEUROPATÍA DEL VI PAR CRANEAL SECUNDARIA A COLESTEATOMA COMPLICADO CON ABSCESO ENCEFÁLICO TEMPORAL

MI Rodríguez Rodríguez, JR Hevia González, MA Esteban Herreros,
MA Fernández Pajares, MJ Amador Tejón, BM Martínez Mengual

Hospital San Agustín

A-1992

EXTENSAS CALCIFICACIONES CEREBRALES BILATERALES SECUNDARIAS A HIPERPARATIROIDISMO COMO CAUSA DE DETERIORO FÍSICO Y MENTAL PROGRESIVOS

J Gallardo Bautista, C Jiménez Hidalgo, E Oncala Sibajas,
JL Gálvez San Román, CR Bueno Mariscal, MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-2000

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA DISECCIÓN AÓRTICA

M March Domingo, AM Falcó Callau, MM Berned Sabater,
AI Condón Abanto, I Grau Tost, L Mateo Gallego, I Fonoll Tassier

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII

A-2004

VEO GENTE MUERTA

LN Ruiz Huarca, P Gómez Santos, B Rodríguez Miranda

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

A-2008

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MACROADENOMA HIPOFISARIO EN URGENCIAS

RM Aparicio Alonso, L Benavente Gajate, LM Cacharro Moras,
AI Crespo Martínez, AM Nieto Huertos, AC Llorente Rojo,
R Escalero Rodríguez

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

A-2012

CÓDIGO ICTUS

E Pérez Muñoz, L Moral Gámez, J Minguet Frías

Hospital de Osuna, La Merced. Sevilla

A-2017

UNA MIGRAÑA COMPLICADA

C Bajo Fernández, C Moreno Herrera, M Vida Pérez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A-2018

SIMULADORES DE ICTUS AGUDO: ENCEFALITIS HERPÉTICA

J Álvarez González, A Gallardo Tur, B Sánchez Mesa, E Rosell Vergara

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-2019

SÍNDROME DE MILLER FISHER, UNA VARIANTE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

C Moreno Herrera, M Vida Pérez, C Bajo Fernández

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A-2023

FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. NO SIEMPRE ES UN ICTUS

MJ Rico Lledó (1), N Llamas Fernández (1), M Vigil Velis (1),
JM Serrano Navarro (1), JF Martín Ruiz (1), J Triviño Hidalgo (1),
L Capilla Valverde (2)

(1) Hospital General Reina Sofía. Murcia.

(2) Hospital General Rafael Méndez. Lorca, Murcia



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2028

UN CORAZÓN COLAPSADO

MA Tazón Varela (1), H Alonso Valle (2), X Piris García (1),
M Hernández Herrero (1), LA Pérez Mier (1), M Andrés Gómez (1)

(1) Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria.

(2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-2031

PSICOSIS EN PACIENTE TRATADO CON CORTICOIDES

N Gómez Panzuela, C Moreno Herrera, M Vida Pérez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A-2035

¡DESDE EL BAUTIZO TENGO SED!

A von Wernitz Teleki, N Gilabert González, M Briega Molina,
N Labrador San Martín, J Torres Torres, E de Vega Ríos

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-2040

DE LA TOS AL TAPONAMIENTO CARDIACO

LSA Sánchez Amo, G Delgado Cárdenas, LP Hernández Castells,
M Quero Escalada, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

A-2043

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS CON FINAL INESPERADO

V López Fernández, M Pérez Castro, V Bonaiuto, G Ocete Burgos

Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

A-2057

CASO DE NEUROCISTICERCOSIS DESDE URGENCIAS

B Peralta Villellas (1), JM Abascal Roda (2)

(1) Hospital Reina Sofía. (2) Hospital Miguel Servet. Zaragoza

A-2058

¿TODO DOLOR COSTAL DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS ES BANAL?

MV Álvarez Rabanal, B Tijero Rodríguez, JR Oliva Ramos,
M Moya de la Calle

Hospital Río Hortega. Valladolid

A-2066

DOLOR LUMBAR PERSISTENTE,
MÁS ALLÁ DE UNA LUMBALGIA SIMPLE

MA Viñas Gimeno, L Sánchez Suárez, MA Juan Gómez,
M Ferrando Lluch, D Castelló García, P De Labaig Ramos,
M López Grima

Hospital Universitari Dr. Peset. Valencia

A-2073

ACCIDENTE CARDIOVASCULAR HEMORRÁGICO ENMASCARADO
POR SOBREDOSIS DE BENZODIACEPINAS

A Irimia, A González Rodríguez, S Bernardo Fernández,
EM Martín Ordóñez, MA Jaén Vera, L Canal Sordo, J Fonseca Ortega

Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias

A-2075

DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO COMPLICADO
(ABORDAJE Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR)

EM Martín Ordóñez, A Irimia, L Canal Sordo, S Rivas Menéndez,
MA Jaén Vera, A González Rodríguez, S Bernardo Fernández

Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias

A-2089

POLIARTRITIS Y FEBRÍCULA EN PACIENTE DE 51 AÑOS

MR Rivas Martínez, M Guzmán Ruiz, ML Millán Montilla

Complejo Hospitalario de Jaén



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2090

UNA VEZ MÁS LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

M García Uría Santos, F De Andrés Moro, A San Martín Espinosa,
A Junco García, R Del Río Ibáñez, R Capilla Pueyo

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

A-2109

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA DE ETIOLOGÍA HEMATOLÓGICA

J Martínez Campreciós, C Pérez Cameo, N Fernández Díaz, P Suanzes
Díez, E Márquez Algaba, P Álvarez López, J Llaneras Artigues

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

A-2110

DÉFICIT SENSITIVO MOTOR IZQUIERDO TRANSITORIO COMO
EQUIVALENTE MIGRAÑOSO

ZM Jiménez Bretones, R Parada López, J Valverde Sevilla,
B García Marina, I Aranz González

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

A-2130

MI SUEGRA QUIERE MATARME

MM Portillo Cano, MO García Sánchez, F Oltra Hostalet,
J Ramírez Seoanes, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-2131

CEFALEA QUE NECESITA ANTICOAGULACIÓN

A Gallardo Tur, E Caro Vázquez, ML Morales Cevdanes,
JA Rivero Guerrero, MC Esteban Rodríguez, E Rosell Vergara

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-2132

DONACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS. A PROPÓSITO
DE UN CASO

D Fernández Suárez, A Gutiérrez González, CA Carrillo Chimbo,
L Arbolea Álvarez, L Rodríguez Pérez, C Gómez Suárez,
MM Padilla Suraña

Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-2133

DESCOMPENSACIÓN GLUCÉMICA EN PACIENTE CON
NEUMOMEDIASTINO POR EJERCICIO FÍSICO INTENSO

MC Rubio Miguel, MM Vázquez Jiménez, A Cabo López,
M Buforn Jiménez, MC Rodríguez Casimiro, A Buforn Galiana

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-2134

¿PENSAMOS EN EL RIÑÓN CUANDO PAUTAMOS METFORMINA?

E Medina Díaz (1), F Pérez Gómez (2), J Altuzarra Martínez (1)

(1) Hospital General de Almansa. Albacete. (2) Hospital General de Albacete

A-2135

LA OTRA CARA DEL DOLOR ABDOMINAL

EN Gallego Castillo (1), MR Durán Chiappero (2),
EM Espinola Coll (1), CA Yago Calderón (3), J Cano García (1)

(1) Centro de Salud de Coín. Málaga. (2) Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.
(3) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

A-2136

LA ALERGIA QUE NO ES ALERGIA:
UN CASO DE ESCOMBROIDOSIS

A Lanz Lozano, S Castaño Flecha, LM Maestro Gilmartín,
A Cabezas Amurgos, R López González, MG Gutiérrez Raso,
A Barrientos Castañeda

Complejo Asistencial Universitario de León

A-2137

FISTULIZACIÓN AORTOENTÉRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Serrano Heras, C Cara Ligerio, ID García-Baquero Martínez,
N Fernández de Cañet Ramírez, AM Matas Lara

Hospital San Agustín. Linares, Jaén

A-2138

SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A DISECCIÓN
ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

L Gómez Martínez, A Huesa Perales, A Krompiewski Fernández,
D Díez Herrero, M Alonso Romero, JJ García Aldave, E Díaz Fernández

Urgencias. Hospital de San Juan. Alicante

A-2140

FIEBRE SIN FOCO EN URGENCIAS.
CITOPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS

N García Montes, P Gallego Rodríguez, J Barquín Yagüez,
J Corres González

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

A-2141

PROGERIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A Romero Conde, CA Yago Calderón, EM Espínola Coll, MA Bernal
Hinojosa, F Temboury Ruiz, E Rosell Vergara, EM Fragero Blesa

SCU Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-2142

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

A Arias Rosario (1), L Matos De La Cruz (1), V Báez Pimentel (1),
A Moronta De La Cruz (2), S Méndez Desena (3), D Rosario Lapaix (1)

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia. (2) C. S. San Cristóbal. (3) C. S. Puerto
Llano

A-2143

DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA

AF Salvatierra Maldonado, D Barrio del Masegosa,
AF Viola Candela, H Cabrera Martínez, I Córdón Dorado,
F Juanes Toranzo, H Rodríguez García

Complejo Asistencial de Ávila

A-2144

ODINOFAGIA Y DISFAGIA: ENCEFALITIS AGUDA HERPÉTICA

C Reyes Aguilar, C Moreno Herrera, MJ Clemente Millán,
A Berlanga Jiménez, J Barbudo Merino, J Burgos Marín

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A-2145

INFARTO CEREBRAL Y FORAMEN OVAL PERMEABLE

N Gómez Panzuela, C Moreno Herrera, M Vida Pérez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A-2171

BRAZO INFLAMADO

B Sánchez Pina, P Mesa Rodríguez, S Vargas Iglesias,
J Avellaneda Cortés

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2173

¿ÚLCERAS DIABÉTICAS?

P Hernández Martínez, I Sanlés González, H Molina Llorente,
D Toresano López, L Domínguez Casas, N Vegas Revenga,
P Garmilla Ezquerro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-2181

LEVÁNTATE Y ANDA

P Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, L Parrilla Navamaniel,
A Martínez Cámara, F Sabatel Pérez, R Rubio Díaz,
MJ Palomo de los Reyes

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2182

LO QUE SE ESCONDE TRAS UN DOLOR DORSAL SÚBITO

C Redondo Galán, MP Redondo Galán, S Moreno Ramírez,
D Pérez Novales, J Olalla Linares, JL Menéndez Gómez, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2193

LA IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS

I Ferrá Rodríguez, P Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, MJ Lucena
González, L Parrilla Navamuriel, R López Ble, M Tirado Patiño

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2194

DEBUT DIABÉTICO DE LARGO TIEMPO DE EVOLUCIÓN

C David Iglesias, R Estévez González, T Begoña Fernández,
P Morocho Malho, B Cinta Bella, C Orejuela Carmona,
R Casa Sepúlveda

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2195

PÉRDIDA DE CONSCIENCIA

L Fernández-Vega Suárez (1), P Carlos González (1),
N Santos Méndez (2), C Laguna Cárdenas (3), E Sáiz Yoldi (1),
A Ukar Nabaran (4), M Ramos Oñate (4)

(1) Centro de Salud Cazoña. Cantabria. (2) C. S. Camargo Costa. Cantabria.
(3) C. S. Puertochico. Cantabria. (4) C. S. Dávila. Cantabria

A-2196

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

C David Iglesias, B Cinta Bella, C Orejuela Carmona,
R Estévez González, R Casas Sepúlveda, P Ciardo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2197

OFTALMOPLÉJIA DOLOROSA PROGRESIVA

A Rodríguez Jiménez, S Rubio Belmonte, I Ortega Bueno,
L Tomás Monroy

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

A-2198

EIP MÁS ALLÁ DE LA PELVIS. EL RETO DIAGNÓSTICO DEL DOLOR
ABDOMINAL EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

P Carles García, C Rodríguez Rebollo, E Díaz de Mayorga Muñoz,
A Von Wernitz Teleki, I Guerra Molina, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

A-2203

MUJER CON CEFALEA AGUDA Y DIPLOPÍA

N Orozco Casado (1), I Dalouh (2), K Mora Sosa (3)

(1) Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén. (2) Centro de Salud de
Torredonjimeno. Jaén. (3) Centro de Salud San José. Linares, Jaén C)



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2204

SUBMARINO AMARILLO

PR Lucas Aroca, D Lucas Aroca, CF Piqueres Vidal

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia

A-2206

HEPATOPATÍA COLESTÁSICA SECUNDARIA
A ÁCIDO CLAVULÁNICOM Cascales Sánchez (1), S Sánchez Soler (1), J Nicolás Gálvez (1),
MI Arjona López (2), JJ Vives Hernández (3), IM Reina Nicolás (3)*(1) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. (2) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. (4) Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia*

A-2208

DE EXCURSIÓN FUERA DEL PULMÓN

JD Blázquez Alcázar (1), M Prieto Giráldez (2), A Lozano Ancin (2),
MI Morales Casado (2)*(1) C. S. Sillería. Toledo. (2) Hospital Virgen de la Salud. Toledo*

A-2209

MENINGIOMA MEDULAR

M Nielfa González, I Rivera Panizo, J Bustamante Odriozola,
R González Bañuelos, C Laguna Cárdenas, E Abreut Olsen,
D Martínez Revuelta*Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander*

A-2210

UN HALLAZGO INESPERADO

FJ Sánchez Galindo, M López García, R Santiago Gómez,
F Juanes Toranzo, I Cordon Dorado, M Martín Sánchez,
A Macías López*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila*

A-2211

UNA DIVERTICULITIS COMPLICADA

M López García, FJ Sánchez Galindo, R Santiago Gómez,
F Juanes Toranzo*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila*

A-2214

CEFALEA PROLONGADA

M Balboa Alonso, M Juan Andrés, M Bastante Romero,
M Pastor Romero, L Ramírez Utrero, E Calderón Pérez, P Mayor
Heredia*Hospital de San Juan. Alicante*

A-2215

COMA HIPOGLUCÉMICO CON INTENCIÓN AUTOLÍTICA:
A PROPÓSITO DE UN CASOS Vidal Tanaka (1), A Ruiz Álvarez (2), N González García (2),
N Núñez Barros (2), A Lúña Madera (1), N Fernández Sobredo (1)*(1) Hospital Universitario San Agustín/C. S. Las Vegas. Asturias. (2) Hospital Universitario San Agustín/C. S. La Magdalena. Asturias*

A-2223

BULTOMA PULSÁTIL CERVICAL

M Pérez Molina, F Beddar Chaib, MI Perea Casado, MJ Cardeñoso
Cortés, E Gutiérrez Madrid, EJ García Lamberechts, R Cuervo Pinto*Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

A-2229

¡ESTO NO SE ME QUITA!

D Fernández Torre (1), L Prieto Lastra (2), P López Tens (3),
A Blanco García (1), J Villar Ramos (4), M Montes Pérez (5),
M Guerra Hernández (1)*(1) C. S. Camargo Costa. Cantabria. (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (3) C. S. Cazoña. Cantabria. (4) C. S. Dávila. Cantabria. (5) C. S. Camargo Interior. Cantabria*

A-2240

EPIGASTRALGIA AGUDA EN VARÓN DE 74 AÑOS

R Ortega Higuero (1), N Orozco Casado (2), I Dalouh (3)

(1) Complejo Hospitalario de Jaén. (2) C. S. Federico del Castillo. Jaén. (3) C. S. Torredonjimeno. Jaén

índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2249

ANSIEDAD, ESE CAJÓN DE SASTRE

E Espíldora de Ancos, J Acosta Roca, MA López Varas, S Moreno Ruiz,
L Moreno Pérez, P Ciardo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2255

HIPONATREMIA. UNA CAUSA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO

FJ Hernández Felices, V Callejo Hurtado, I Iniesta-Pino Alcázar,
A Martín Cascón, VD de la Rosa Valero, M Martínez Martínez,
M Gómez Lozano

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-2259

NO ES APENDICITIS... ¿HAY ALGO MÁS DETRÁS?

F Moreno Obregón (1), E Ambrona García (1), L de la Casa Granados (2)

(1) UGC Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva. (2) UGC Radiodiagnóstico.
Hospital Infanta Elena. Huelva

A-2262

LA CARA OCULTA DEL MELANOMA

M Gómez Váron (1), I Ortega Gálvez (1), S Bedad Aali (1),
A Rojas Sánchez (1), G Gálvez Santiago (1), R Manzano Rodríguez (1),
R Gómez Varón (2)

(1) Hospital de Baza. Granada. (2) Hospital de Loja. Granada

A-2270

COMA METABÓLICO POR HIPONATREMIA GRAVE

J Ríos Ríos, C Andrés Peiró, J Clar Bononad, M Menéndez

Hospital Clínico Universitario de Valencia

A-2271

EFECTOS SECUNDARIOS TRAS SUSPENDER UN TRATAMIENTO

B García Gollonet, J Cano García, E Espínola Coll,
MA Bernal Hinojosa, CA Yago Calderón, JM Garrido González

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-2272

INDAGANDO INDAGANDO, CON EL DIAGNÓSTICO VOY DANDO

AI Alarcón Escalonilla (1), R Estévez González (2),
JO Casanova-Lanchipa (2), FJ Morán Gallego (2), P Morocho Malho
(2), T Begoña Fernández (2)

(1) Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

(2) Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2273

ESPRÚE CELIACO INDUCIDO POR OLMESARTÁN

C Castellano Zamora, A Nadal Mañez, M Morant Llido,
L Machí Lorente, M Darocas Garrigues, M Ali Saadi, C Pérez García

Hospital Lluís Alcanyís. Valencia

A-2274

DOLOR ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE CROHN

I Corrales Álvarez, R Jiménez López, C García García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-2275

DOCTOR, ME CANSO

AR Anguita Santana (1), J Ponce Taylor (1), M Carro Presedo (2)

(1) Hospital Son Espases. C. S. Son Serra La Vileta. Palma de Mallorca.

(2) C. S. Son Serra La Vileta. Palma de Mallorca

A-2276

JOVEN CON DÉFICIT NEUROLÓGICO: CUESTIÓN DE QUÍMICA

C Orejuela Carmona, V Landaluce Pelligra, B Estévez González,
E García Tercero, T Martínez Maroto, L Torres Vera,
M Palomo de los Reyes

Complejo Hospitalario de Toledo



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2278

ADENOPATÍA CERVICAL EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

LLR Lozano Romero (1), MJ Arenas Puga (2), J Jurado Ordóñez (3), S Pueyos Rodríguez (3), A Ocaña Granados (3), I Boullosa Pérez (3), JM Montero López (3)

(1) Centro De Salud Motril-Este. Granada. (2) Hospital General Básico Santa Ana. Granada. (3) Centro Salud San Antonio. Motril, Granada

A-2279

EDEMA ANGIOEURÓTICO POR TOMA DE IECA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Oltra Garay (1), MT Sánchez Fernández (1), C García Gómez (1), M Orgambides Domingo (2), R Blanes García (1), V Benlliure de La Fuente (1), I Vigil Mejía (3)

(1) Hospital de Sagunto. Valencia. (2) Sagunto. (3) Puerto de Sagunto

A-2281

SNOWMAN

C Rodríguez Piedracoba (1), J Ballano Rodríguez-Solís (1), M Monge Bronchalo (1), V De La Hoz Carracedo (1), E Espinosa de Los Mont Márquez (1), EJ Valpuesta Meleiro (1), S Mateos Díez (2)

(1) Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid. (2) Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

A-2282

COMPLICACIÓN GRAVE E INFRECUENTE ASOCIADA A UN TRATAMIENTO CONVENCIONAL

MI Perea Casado, MJ Cardeñosa Cortés, F Beddar Chaib, M Pérez Molina, AM Estrada Suela, R Cuervo Pinto, EJ García Lamberechts

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

A-2283

¿CÓLICO NEFRÍTICO? ESTA VEZ NO...

FJ Lucas Galán (1), EM García Atienza (1), M Olmos Alemán (2), JL Agudo Mena (3), E Cuesta Vizcaíno (4)

(1) Centro de Salud Zona 8. Albacete. (2) Servicio de Endocrinología. (3) Servicio de Dermatología. (4) Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

A-2284

DÉFICIT SENSITIVO AGUDO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

SS Mendoza Lizardo, N Mayoral Canalejas, S Bellón Vallinot, MM Bermejo Olano, M Chichón Sánchez, JI Collado Álvarez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-2285

PANCREATITIS CRÓNICA COMPLICADA

H Cabrera Martínez (1), D Barrio del Masegosa (2), H Rodríguez García (1), I Cerdón Dorado (1), A Chuchón Alva (3), S Ortego (4)

(1) Centro de Salud Ávila Estación. (2) Centro de Salud Ávila Norte. (3) Centro de Salud Ávila Suroeste. (4) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-2286

ASCITIS Y DETERIORO GENERAL

H Molina Llorente, P Hernández Martínez, I Sanlés González, D Torresano López, P Garmilla Ezquerro, M Vieitez Santiago

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-2287

DIPLEJIA FACIAL: FORMA FOCAL DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ CON DESENCADENANTE VACUNAL

LM Rivera García, BE González García, O Rodríguez Maroto, MR Rodríguez Herrero, NO Rincón Valero, S Charro Alonso, B Vilaboy Arias

Hospital de Cabueñes. Gijón

A-2288

PTOSIS OCULAR

S Pérez López, J Barea Aleixandre, M Muñoz Carril, M Pérez Segrelles, T Puerto Rodrigo, I González Gallego

Hospital General de Valencia

A-2289

UNA ETIQUETA MUY CARA

P Muñoz Gómez, L Parrilla Navamuel, D Carro Herrero, J Acosta Roca

Hospital Virgen de la Salud. Toledo



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2292

LAS PRIMERAS IMPRESIONES NUNCA FUERON BUENAS.
A PROPÓSITO DE UN CASO

A Ibáñez Cano, AM Cruz López, MC Azuara Laguía, AM Gómez Ara,
R Chumillas Lidon, CE Colás Oros

Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel

A-2294

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA

I Lobo Cortizo, CM Fernández Iglesias, ML Deban Fernández,
ML Pérez Otero, A García Muñiz, MC Borruel Aznárez,
M Losa Pérez-Curiel

Hospital Universitario Central de Asturias

A-2295

DOCTORA, ¡TENGO DIFICULTAD PARA PENSAR!

A Forner Pablo, M Pérez Tobón, L Agut Borrás, C Ortuzar Emestoy,
A Montava del Aro, K Salazar González, G Lazarte Lizon

Hospital Comarcal de Vinarós. Castellón

A-2297

¡AYUDADME, POR FAVOR! ¡NO SÉ QUÉ ME PASA!
CASO CLÍNICO DE MIGRAÑA CON AURA PROLONGADA MIXTA
(ALTERACIÓN DEL LENGUAJE-SENSITIVA)

S Peña Lozano (1), AB López Tarazaga (2), Y González Silva (1),
A Portela Martín (3), V Carbajosa Rodríguez (3),
M Rodríguez Martín (3), A Terriza Ríos (3)

(1) C. S. Plaza del Ejército. GAP Valladolid Oeste. (2) Hospital Universitario Río
Hortega. Valladolid Oeste. (3) C. S. Covaresa. GAP Valladolid Oeste

A-2303

MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS DE LAS CRISIS
DREPANOCÍTICAS

CM Cases Corona, B Sánchez Alamo, ME Renilla Sánchez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-2317

PARESTESIAS, ALTERACIÓN DE LA MARCHA E INCONTINENCIA
URINARIA EN MUJER JOVEN

N Díaz López, M Cuenca García, B González López, F Fiorini Bachour,
F Martínez Cabrera

Hospital General de Elda Virgen de la Salud. Alicante

A-2318

EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN PACIENTE CON FACTORES DE
RIESGO CARDIOVASCULAR

FJ Martínez Cabrera, M Cuenca García, NJ Díaz López,
FN Fiorini Bachour, B González López, A Terol Esteve

Hospital General Universitario de Elda Virgen de la Salud. Alicante

A-2322

DIARREA Y PETEQUIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

C Marcelo Calvo, G Daroca Bengoa, A Martín Quirós,
C Carballo Cardona

Hospital Universitario La Paz. Madrid

A-2328

DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO COMO FORMA DE DEBUT
DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CM Orejuela Carmona, V Ladaluze Pelligra, AI Alarcón Escalonilla,
C David Iglesias, B Cinta Bella, M Aloña Anduaga, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2331

SODIO Y POTASIO: LA IMPORTANCIA DEL MANEJO
HIDROELECTROLÍTICO

MM Reina Martín, AM Gutiérrez García, D Ternero Escudero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2339

CUANDO UN EXANTEMA NO ES VÍRICO

L Allí Alonso, JL Cepeda Blanco, MP Carlos González, N Santos Méndez, V Acosta Ramón, EA Lino Montenegro, I Mantinián Vivanco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-2344

SÍNDROME CARCINOIDE

A Moreno Cereceda (1), P García Echeverría (2),
V Martos Fábrega (2), A Fernández Ibarra (1), L Maraví Álvarez (3),
C Martínez Esquiroz (1), E Madoz Zubillaga (1)

(1) C. S. Mendillorri. Pamplona. (2) C. S. Mutilva. Navarra.

(3) C. S. Iturrama. Pamplona

A-2346

EL SECRETO TRAS LA FRACTURA VERTEBRAL

JF Martín Ruiz (1), JM Serrano Navarro (1), MJ Rico Lledó (1),
J Triviño Hidalgo (1), N Llamas Fernández (1), M Vigil Velis (1),
S Alemán Belando (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (2) Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

A-2354

PANCREATITIS AGUDA

I Vigil Mejía (1), M Orgambides Domingo (2), M Vázquez Basallote (3), T Sánchez (4), A Oltra (5)

(1) C. S. Puerto de Sagunto II. Valencia. (2) Hospital de Sagunto. Valencia.

(3) C. S. Puerto de Sagunto I. Valencia. (4) C. S. Segorbe. Castellón.

(5) C. S. Sagunto. Valencia

A-2360

SÍNDROME DE QT LARGO SECUNDARIO A HIPOCALCEMIA

L Martínez Galán (1), C del Pozo Vegas (1), D Zalama Sánchez (1),
L Fadrique Millán (2), H Bergaz Díez (2), J López González (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

(2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

A-2362

UN DIAGNÓSTICO DE ALTURA

J Martínez Campreciós, J Llaneras Artigues, P Gubern Prieto,
A Barreira Díaz, X Durà Miralles, M Velásquez Arevalo, A Ortiz Zuñiga

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

A-2366

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA AGUANTANDO?

I Iniesta-Pino Alcázar, L Ferraro, A Martín Cascón, VD de la Rosa
Valero, M Martínez Martínez, FJ Hernández Felices, V Callejo Hurtado

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-2372

MICROPERFORACIÓN POR ESPINA DE PESCADO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

A Tentor Viñas, D Salor Moral, Y Aranda García, R Penedo Alonso

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

A-2373

ME SIENTO MAREADO Y NO MEJORO

M Rodríguez Romero, MJ Tovar Peñaranda, B Sanchís Pardo,
J Zieleniewski Centenero, N Aguilar Lorente,
A Castañeda Pérez Crespo, B Costa Martínez

Hospital Morales Meseguer. Murcia

A-2374

CEFALEA SÚBITA Y OBNUBILACIÓN EN PACIENTE JOVEN

C López Ballesta (1), J Domínguez Carrasco (2), R Aparicio Alonso
(3), A Llorente Rojo (3), S Moreno López de Lerma (4), E Sáez
Rodríguez (5)

(1) Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. (2) Centro de Salud Puerta Nueva.

Zamora. (3) Hospital Virgen Concha. Zamora. (4) Centro de Salud Santa Elena.

Zamora. (5) Centro de Salud Virgen Concha. Zamora



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2375

CRISIS COMICIAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

D Ternero Escudero (1), AM Gutiérrez García (2), MM Reina Martín (3)

(1) Centro de Salud Delicias. Málaga. (2) Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.
(3) Centro de Salud Portada Alta. Málaga

A-2378

ESTA NO ES MI CARA

EM Fernández Quijada (1), L Strobosch Conesa (2), P Pérez Martínez (3), MA García Chicano (1), FA Guirao Salinas (1), IC Sánchez López (1), C García Jiménez (1)

(1) Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Hospital Morales Meseguer. Murcia.
(2) Hospital Morales Meseguer. Murcia. (3) Centro de Salud Murcia-Centro

A-2379

LO QUE EL OJO NO VE

I García Del Pino, EM Ferrando Romero, E Miravalles Fernández
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-2381

PARECÍA UNA GASTROENTERITIS PERO, FINALMENTE, NO FUE ASÍ

BE Costa Martínez (1), P Andújar Brazal (1),
D Peñalver Espinosa (1), MP Cánovas Sánchez (1), B Sanchís Pardo
(2), MJ Tovar Peñaranda (2), M Rodríguez Romero (3)

(1) Hospital Morales Meseguer. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.
(2) Centro de salud Murcia San Juan. (3) Centro de Salud Molina Jesús Marín.
Murcia

A-2388

AMNESIA, GASTROENTERITIS Y DIABETES:
UNA MEZCLA PELIGROSA

P Bermúdez Martí (1), J Bustamante Odriozola (2),
M de la Torre Rodríguez (3), D Robaina Cabrera (4)

(1) Centro de Salud El Alisal. Cantabria. (2) Centro de Salud Isabel II-Centro.
Santander. (3) Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid.
(4) Centro de Salud Dobra. Torrelavega, Cantabria

A-2392

CUANDO EL CALCIO NO LO ES TODO

M Prieto Giráldez, A Martínez García, M Rubio Mellado, JD Blázquez
Alcázar, MA Muñoz Núñez, D Carro Herrero, L Parrilla Navamuel

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

A-2393

DOCTOR, PERDÍ EL APETITO

C López Alarcón (1), A Marco Berna (2), N Rodríguez García (3),
I Picó García (1), B De la villa Zamora (1), MJ Martínez Valero (1)

(1) Consultorio Los Dolores Murcia-Infante. (2) Centro de Salud Santomera.
Murcia. (3) Centro de Salud Murcia Sur

A-2396

BRONCOASPIRACIÓN. LA BÚSQUEDA DE SU CAUSA CON GIRO
DIAGNÓSTICO INESPERADO

J Triviño Hidalgo, JF Martín Ruiz, MJ Rico Lledó, JM Serrano Navarro,
N Llamas Fernández, M Vigil Velis, R Navarro Silvente

Hospital Reina Sofía. Murcia

A-2397

HIPOMAGNESEMIA, ¿CUÁNDO PENSAR EN ELLA?

L Gómez Sánchez (1), I Arroyo Rico (1), A Robles Amieva (2),
T Martín de Rosales (2)

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid (2) Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander

A-2398

ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR EN PACIENTE JOVEN

N Morera Sendra, E Benavent Giménez, M Font Bosch,
M Such Aparicio, C Ríos Pérez

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2408

DETALLES QUE MARCAN LA DIFERENCIA

P Andújar Brazal, D Peñalver Espinosa, MP Cánovas Sánchez,
BE Costa Martínez, I Saura García, PM Alcázar Artero,
MA García Chicano

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

A-2409

UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA POCO COMÚN

P Gutiérrez García, M Moya de la Calle, S Fernández Calderón,
H Bergaz Díez, C Andreu Dalleres, M Villacorta Martín

Hospital Río Hortega. Valladolid

A-2416

ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN
POR METFORMINA

A Fernández Cuervo, S Álvarez-Ossorio Cisneros, C Aznar Zamora,
O González Alemán, L Benítez Muñoz, MC García Cruz,
B Marcote Denis

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

A-2418

LA INSISTENCIA DEL PACIENTE DEBE MANTENERNOS ALERTA

E Miravalles Fernández, I García del Pino, E Ferrando Moreno,
E Gómez Fernández

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

A-2419

HEMORRAGIA INTRACRANEAL, UN PROCESO DINÁMICO

D Barrio del Masegosa, H Cabrera Martínez, AM Chuchón Alva,
I Cordon Dorado, H Rodríguez García, M Martín Sánchez,
AJ Macías López

Complejo Asistencial de Ávila

A-2421

ME SUENA TU CARA PERO NO SÉ QUIÉN ERES

B Sanchís Pardo, MJ Tóvar Peñaranda, M Rodríguez Romero,
BE Costa Martínez, D Peñalver Espinosa

Hospital Morales Meseguer. Murcia

A-2438

DOLOR ABDOMINAL AGUDO: ANAMNESIS, EXPLORACIÓN
FÍSICA Y COMPLEMENTARIA, CLAVES PARA UN DIAGNÓSTICO
ACERTADO, EVITANDO ASÍ EN MUCHAS OCASIONES CIRUGÍAS
INNECESARIAS

S Fernández López, A Sánchez Justiniano, S López Escudero,
M Guzmán Regalado, L Mechbal Gracia, JJ de la Fuente Carrillo

HCVF

A-2439

DOLOR LUMBAR AGUDO

I Espasandin Duarte (1), N Dios Parada (2), D Díez Díaz (3)

(1) Centro de Salud Conxo. Santiago. (2) Centro de Salud A Estrada. Santiago.
(3) Centro de Salud Fontiñas. Santiago

A-2440

LA RÁPIDA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

C De Prados González, C Saavedra Menchón, R Navarro Silvente,
C Espín Giménez, S Paoli, A Muñoz Méndez, P Lázaro Aragües

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A-2441

¿TROMBA O TROMBÓN?

Y García González (1), IE Ferrero Fernández (2), P González-Quirós
Fernández (2), S Moreno García (3), S Sánchez Menéndez (1),
Z Vázquez Álvarez (1)

(1) Hospital del Oriente de Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias.
(3) Hospital de Jerez Materno Infantil. Cádiz



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2442

NO TODA ASTENIA ES CANSANCIO

C Espín Giménez, RL Navarro Silvente, C Saavedra Menchón,
C de Prados González, A Muñoz Mendez, S Paoli, J Triviño Hidalgo
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-2443

LUMBOCIATALGIA REFRACTARIA

JJ Tope Love, E Cardona García, S Jofresa Iserte, JM Pinilla Alemán,
A Milán Maestre, CJ Dávila Briones, M da Cruz Wentacem
Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

A-2444

SÍNCOPE DE MUJER JOVEN CON DOLOR ABDOMINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

C Espín Giménez, RL Navarro Silvente, C Saavedra Menchón,
C De Prados González, A Muñoz Méndez, I Iniesta Pino,
JA Sánchez Nicolás
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

A-2445

IMITADORES DE ICTUS: CRISIS EPILÉPTICAS

A Real Martín, I Uria Paumard, I Uldemolins Gómez, M Moliné
Moreno, S Rincón Castro, L Lapuerta Irigoyen, S Calvo Alegría
Complejo Hospitalario de Soria

A-2447

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN PACIENTE JOVEN

RL Navarro Silvente (1), C Espín Giménez (1), J Triviño Hidalgo (1),
S Paoli (1), P Lázaro Aragues (1), J Ruiz Casquet (2),
P Piñera Salmerón (2)
*(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (2) Hospital Morales
Meseguer. Murcia*

A-2449

ENFERMEDADES INFRECIENTES EN URGENCIAS,
¿PODEMOS DIAGNOSTICARLAS?

C González De la Portilla-Conc, A Abril Molina, F Espinosa Torre,
P Morera Pérez, J Rodríguez Ortuño, S Marín Romero, E García Díaz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2461

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA

CM González Jiménez (1), B González Ramón (2),
S Hernández López (3), E García Díez (4), V Cantó Blázquez (4),
N Agirre Juaristi (5), D Castell Benito (6)

(1) Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. Madrid. (2) Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (3) C. S. Cea Bermúdez. Madrid., (4) UVI Móvil SUMMA 112. (5) PAC San Agustín Burgos. (6) Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. Madrid

PALABRAS CLAVE: exantema-fiebre-betalactámicos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 88 años que acude a Urgencias por malestar general y exantema generalizado desde hace 24h en tórax, espalda y tercio proximal de extremidades. Antecedentes: NRAMC, HTA, ACV en 2005. Intervenido hace tres días de epiteloma basocelular en oreja izquierda, en tratamiento al alta con Cloxacilina. Exploración Física: Exantema con signos de flogosis que desaparece a la digitopresión en tórax, abdomen (respetando región periumbilical) y tercio proximal de extremidades. Lesiones pustulosas en flexuras, y ampollas en muslos. Nikolsky negativo. ACP: Normal. Inestabilidad hemodinámica con fiebre e hipotensión. Se inicia antibioterapia con Levofloxacino y Clindamicina y tras estabilización se ingresa para estudio. Pruebas complementarias: Analítica con leucocitosis, fallo renal y coagulopatía. Acidosis metabólica en gasometría. Sedimento y cultivo de orina negativos. Rx de tórax y ecografía abdominal sin hallazgos significativos. Cultivo piel: Proteus Mirabilis, sensible a Levofloxacino. Biopsia cutánea: Piel con colecciones subcórneas e intraepidérmicas de neutrófilos, constituyendo microabscesos superficiales. Dermis superficial con moderado infiltrado inflamatorio mixto, de predominio mononuclear, de disposición perivascular e intersticial, en presencia de eosinófilos. Ausencia de necrosis epidérmica tóxica (NET) JC: Pustulosis exantemática aguda en relación con tratamiento betalactámico. Sepsis secundaria.

CONCLUSIONES:

La pustulosis exantemática aguda generalizada es una forma de toxicodermia. Se caracteriza por el desarrollo brusco de un exantema pustuloso diseminado sobre exantema escarlatiforme. Se acompaña de fiebre, leucocitosis y neutrofilia/eosinofilia. La causa más frecuente son fármacos, sobre todo antibióticos betalactámicos. Clínicamente comienza con una erupción eritematosa, generalmente en grandes pliegues, que se extiende en forma de múltiples pústulas pequeñas que asientan sobre ella. A menudo se acompaña de fiebre, decaimiento general, leucocitosis y eosinofilia. En ocasiones se presenta con fallo renal e incluso afección hepática. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y en la anatomía patológica se evidencian pústulas subcórneas y/o intraepidérmicas, marcado edema de la dermis papilar, junto con infiltrados perivasculares con neutrófilos y exocitosis de algún eosinófilo. Se debe establecer diagnóstico diferencial con psoriasis pustulosa, DRESS (reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos), NET (necrosis tóxica epidérmica), pénfigo por IgA y herpetiforme, síndrome de Sweet pustuloso, vasculitis con formación de pústulas. El tratamiento se basa en la suspensión del medicamento involucrado, corticoides sistémicos y antihistamínicos para aliviar los síntomas.

P-2462

INTOXICACIÓN POR AGUA DE CHOCHO

MP Moline Moreno (1), L Lapuerta Corchon (2),
E del Hoyo Peláez (1), C De Torres Ortega (1), D Borobio Martínez (1),
T Niarra Martínez (1), C Cuenca Ramos (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Soria.
(2) Universidad de Medicina. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: lupinus mutabilis-agua de chocho-síndrome anticolinérgico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

El Lupinus mutabilis (LM), pertenece a la familia de las leguminosas. Se conoce como lupino, chocho o altramuza y no es comestible, siendo una planta ornamental. A pesar de ello, su consumo está extendido en países hispanoamericanos, y se utiliza por su poder alucinógeno y como complemento dietético por su alto contenido proteico. Se puede ingerir las semillas tras ser maceradas en agua salada, pero nunca ingerir el agua de cocción, también llamada ¿agua de chocho? por los efectos que produce. Caso clínico: Mujer de 27 años de origen ecuatoriano, sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por cuadro de 4 horas de evolución consistente en nerviosismo, agitación, sequedad de boca y visión borrosa. Al ingreso presenta una TA de 139/79 mmHg, FC de 90 latidos por minuto, Sat. de O₂ del 98% y una FR de 16 por minuto. La exploración física y neurológica fueron normales, destacando una midriasis bilateral arreactiva. Se solicitó estudio analítico y drogas de abuso en orina, siendo normales. La paciente negaba cualquier consumo de drogas ni medicamentos. Tras anamnesis más detallada, la paciente refirió haber consumido 4 horas antes el agua de cocción de unas semillas, también conocida como agua de chocho. Se realizó lavado gástrico con carbón activado y se mantuvo ingresada en UCE. Clínicamente el cuadro era compatible con un síndrome anticolinérgico, no siendo necesario administrar antídoto (Fisostigmina), por la buena evolución de la paciente, siendo dada de alta a las 24h del ingreso.

CONCLUSIONES:

La intoxicación por LM, es fundamentalmente clínica. Una correcta anamnesis es determinante para llegar al diagnóstico etiológico. Los signos y síntomas corresponden a un síndrome anticolinérgico, pudiendo presentar aumento de la temperatura corporal, taquicardias, sequedad de mucosas, confusión, agitación, midriasis, e incluso alucinaciones, psicosis, delirio y coma. El manejo es clínico. En las primeras dos horas podría estar indicado el lavado gástrico o la administración de carbón activado. El pronóstico intoxicación es favorable, salvo evolución tórpida, no habiéndose descrito casos de fallecimiento en la bibliografía consultada. En caso de necesidad se puede utilizar la fisostigmina, usado exclusivamente como antídoto en intoxicación grave por anticolinérgicos con afectación del SNC.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2464

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTE JOVEN.
LA IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

A Pérez Ruiz, RA Serrano Benavente, MC Pérez Hueto

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: fentanyl-anticholinergic syndrome-urinary retention**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Varón de 22 años. Diabético tipo 1 desde hace 5 meses en tratamiento con insulina. Fumador de marihuana desde hace 4 meses. Niega otras drogas. Acude por disuria de dos días de evolución y desde hace unas 18 horas, oligoanuria y molestias en hipogastrio. Afebril. Exploración física: Buen estado general. Exploración anodina salvo dolor en hipogastrio con globo vesical con puñopercusión renal bilateral negativa. Estable hemodinámicamente. Pruebas complementarias: Se realiza hemograma, coagulación, bioquímica y radiografía de abdomen con resultados normales (incluida la glucemia). Se procede a sondaje vesical, con salida de 1000 cc de orina clara y estudio de sedimento negativo. Evolución: Ante la negatividad de las pruebas complementarias, se insiste en la toma de drogas y confiesa que hace unos días tomó una mínima cantidad de una droga alucinógena llamada "Bomba Mejicana". Se mantiene el sondaje 4 días pautando antibioterapia profiláctica. Posteriormente se retira la sonda, siendo la evolución favorable. Juicio clínico: Retención aguda de orina secundaria a efecto anticolinérgico de droga de abuso. Discusión: La "Bomba mejicana" es el nombre por el que se conoce a este fentanilo sintético. Es un opiode utilizado con fines analgésicos, anestésicos y alucinógenos, cuya potencia es aproximadamente cien veces mayor que la heroína y la morfina. Su fabricación ilegal, comenzó en China y en los últimos años está avanzando en México, en estados altamente violentos donde la presión policial y militar es mínima, lo que les hace territorios propicios para su producción y su distribución a Estados Unidos. Su consumo consiste en pequeñas dosis de microgramos de manera oral, aspirando en polvo o en humo, o vía intravenosa. Entre los efectos adversos del fentanilo están: hipotensión, hipertensión, bradicardia, depresión respiratoria, convulsiones, rigidez muscular, alucinaciones, náuseas, y efectos anticolinérgicos como sequedad bucal y ocular, estreñimiento y retención urinaria.

CONCLUSIONES:

La "Bomba mejicana" está tomando relevancia desde 2013 en Estados Unidos por la tasa creciente de muertes por sobredosis que se están produciendo. A pesar de que no existe bibliografía científica concreta sobre ella, consideramos que los sanitarios debemos conocer su existencia y el grave problema de salud pública que conlleva.

P-2466

POR QUERER LLAMAR LA ATENCIÓN ACABÓ EN LA UCI

C Gandía Navarro, J Monedero La Orden, E Gómez Cuenca,
C Alfaro Gómez, CP Coca Gonzales, J Martínez Peguero,
MA Martínez Sánchez

Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: servicio de urgencias-intoxicación por digoxina-arritmias**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años con antecedentes de dislipemia, depresión y cefalea mixta, que acude a urgencias por sospecha de ingesta voluntaria de diazepam 5mg y de digoxina hacia más de 3 horas. La paciente se encuentra nerviosa, con buenas constantes salvo leve taquicardia con ECG normal en ritmo sinusal. Pasa al área de observación, allí niega la ingesta de dichos comprimidos. Se mantiene monitorizada durante más de 4 horas sin presentar síntomas algunos ni abdominales ni alteraciones del ritmo. Refiere depresión y ansiedad por problemas con su padre y por cefaleas crónicas. Se remite a Unidad de Salud Mental para ser valorada por Psiquiatra. Allí comienza con hipotensión y vómitos. Tras esta clínica reinterroga a la paciente y no niega que se haya podido tomar algún comprimido de digoxina y la derivan a derivan a observación de urgencias de donde se objetiva bradicardia extrema a 20-30 lpm, administran atropina 2 mg y tras ser valorada por médico intensivista se ingresa en UCI. Durante su estancia en UCI se recogen datos de Digoxinemia 9.0 ng/ml y en monitor se aprecian rachas de bloqueo auriculoventricular de 3º grado y pausas prolongadas, pasando a colocación de Marcapasos provisional. A las 48 horas del ingreso se procede a retirada del marcapasos transitorio presentando ritmo sinusal estable y Digoxinemia de 1.3ng/ml. Diagnóstico: - Intoxicación voluntaria con intento autolítico por Digoxina. - Bradicardia secundaria. Colocación de Marcapasos transitorio.

CONCLUSIONES:

No nos podemos fiar 100% de lo que nos digan los pacientes ni familiares de la historia por lo que acuden a un servicio de urgencias, y más si padecen de algún trastorno psiquiátrico que nos pueda hacer pensar que lo que nos dice no es verdad.



CASOS CLÍNICOS

P-2467

CON LO RICAS QUE ESTABAN... LAS SETAS.
SÍNDROME MUSCARÍNICO EN URGENCIAS

P Valverde Vallejo, M Cabrera Martínez, J Palacios Castillo

Hospital Regional Universitario de Málaga

PALABRAS CLAVE: intoxicación por setas-muscarina-intoxicación alimentaria**HISTORIA CLÍNICA:**

Antecedentes personales: Varón de 60 años. Trabaja como agricultor. No fumador, bebedor esporádico. Hipertenso, dislipémico. Amigdalectomizado. Tratamiento: enalapril 10 mg/24h. Anamnesis: Acude a urgencias trasladado por equipo DCCU por cuadro de hipotensión, hiperhidrosis, piloerección generalizada y diarrea 30 minutos después del consumo de 4-5 setas que había recogido en el campo. ? Exploración: Temperatura 37,0°C, TA: 140/95. Saturación O2: 96%. Afectación del estado general, sudoración profusa, orientado y consciente, pupilas mióticas, piloerección evidente. Rubor facial. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin alteraciones. En miembros inferiores no edemas ni signos de TVP. ? Pruebas complementarias: Analítica de sangre con gasometría venosa sin alteraciones de interés. Rx tórax: índice cardiotorácico normal, no se objetivan condensaciones. EKG: RS a 80 lpm, BCRD ya presente en electros previos, intervalos PR y QT constantes, no se objetivaron alteraciones de la repolarización. Juicio clínico: Síndrome muscarínico secundario al consumo de setas. Tratamiento y evolución: tras el ingreso en observación se inicia tratamiento de soporte con fluidoterapia y oxigenoterapia y administramos atropina 0,5 mg iv siendo la mejoría evidente en los primeros 15 minutos. Tras 24 horas en observación con analíticas y electrocardiogramas seriados que fueron normales y tras no evidenciar nueva sintomatología el paciente fue dado de alta a domicilio.

CONCLUSIONES:

El síndrome muscarínico aparece habitualmente tras el consumo de hongos del género *Inocybe* (?bruja?) y alguna especie del *Clitocybe*. Los síntomas debido a su contenido en muscarina suelen ser miosis, sialorrea, piloerección, diaforesis, broncoespasmo y suele haber un cuadro inicial de afectación intestinal con vómitos y/o diarrea. En general solo se aplica tratamiento sintomático en casos como el nuestro con hipotensión, bradicardia y/o broncoespasmo. En estos casos suele ser necesario el tratamiento con atropina que se realiza a 0,5 mg iv repitiéndolo cada 15 minutos hasta alcanzar una dosis máxima de 1 mg/kg o signos de atropinización. Excepcionalmente puede ser muy grave y en algún caso ha llegado a causar la muerte. Por ello en pacientes ancianos, niños o con alteración del ritmo cardiaco de base es prudente un intervalo de observación antes de poder ser dados de alta.

P-2468

EL DESPERTAR DE LA SIESTA

T Villén Villegas, A Trueba Vicente, L Carpio Escalona, A Lorente Ros, T Bravo Acosta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: metahemoglobinemia-intoxicación-cianosis**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 24 años, fumador con antecedente de crisis comicial en 2009 sin tratamiento, que acude a Urgencias por cianosis brusca evidenciada por sus familiares al despertarse de una hora de siesta. Interrogado niega sintomatología, no presentando disnea, tos ni expectoración aunque refiere cuadro catarral previo. Niega sintomatología concomitante ni admite ingesta de tóxicos. Constantes vitales: TA: 140/100mmHg FC:120lpm FR:20rpm SO2:88% FR:16rpm. La exploración física muestra cianosis central y periférica marcadas, exploración neurológica normal, sin soplos en auscultación cardiaca ni ruidos anormales en la pulmonar, abdomen sin hallazgos y no signos de TVP en MMII. Se solicita radiografía de tórax que es normal, constatada con ecografía pulmonar sin alteraciones, y analítica completa sin hallazgos excepto gasometría arterial basal que presenta pH7.40, pO2 80, pCO2 33 y SatO2 97.1%. Ante la sospecha de hemoglobinopatía dada la normalidad de la saturación y la anormalidad en pulsioximetría se obtiene Co-oximetría completa: HB 15,0 g/dL, HbO2 65,4%, HbCO 0,0%, MeHb 29,4%. Ante el diagnóstico de metahemoglobinemia grave según nivel de MeHb con sospecha de inicio agudo por clínica compatible, se interroga al paciente de nuevo sobre posible ingesta de drogas, tóxicos o similares, volviendo a negar ingesta o inhalación de sustancias. Se solicita frotis sanguíneo siendo igualmente normal. Dado que disponíamos únicamente de Azul de Metileno como agente reversor, en este caso se decidió no iniciar tratamiento con el mismo debido a que no se podía excluir ni presencia de ingesta/inhalación de ese mismo tóxico ni un déficit de G6PDH asociado, por lo que se decide administración de Hidroxicobalamina como antídoto general además de mantener FiO2>50% mediante mascarilla reservorio. Posteriormente ingresa en UCI donde la seriación de MeHb disminuye hasta 1.8% decidiéndose alta. Posteriormente el estudio genético descarta hemoglobinopatía congénita.

CONCLUSIONES:

En casos de metahemoglobinemia con sospecha de tóxicos ante la estabilidad clínica puede utilizarse un tratamiento conservador mediante oxigenoterapia de alto flujo y antídotos generales como la Hidroxicobalamina. La introducción de azul de metileno en caso de metahemoglobinopatía secundaria a este mismo o a déficit de G6PDH podría haber empeorado drásticamente el cuadro clínico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2469

**DISTONÍA POR METOCLOPRAMIDA:
LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA HISTORIA CLÍNICA****A Rando Jiménez, G Fontalba Ruiz, JM García López***Hospital Regional Universitario de Málaga***PALABRAS CLAVE:** metoclopramide-dystonia-medical history taking**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 19 años, que acude a urgencias derivada desde Urgencias de Atención primaria donde acude por dolor en región lumbar con episodios de exacerbación donde el dolor se intensifica bastante, de unas 8 horas de evolución, acompañado de vómitos, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. La paciente ha tomado metoclopramida e ibuprofeno vía oral en domicilio sin mejoría y posteriormente tratada con paracetamol, metamizol y metoclopramida iv en urgencias de atención primaria cediendo los vómitos pero empeorando el dolor. Se deriva a nuestro centro solicitando la realización de ecografía de abdomen para descartar patología renal complicada. A su llegada a urgencias paciente estable hemodinámicamente, afebril, con dolor intenso a nivel lumbar. Abdomen blando y depresible, no masas, no megalias, no dolor a la palpación. Puñopercusión negativa bilateral sin dolor en musculatura lumbar a la palpación. Llama la atención la intensa contractura muscular que presenta, con tronco arqueado así como pérdida de tono muscular a nivel cervical. Analítica de sangre y orina sin ninguna alteración. Rehistoriando a la paciente y ordenando cronológicamente la aparición de los síntomas, refiere transgresión dietética la noche anterior con inicio de vómitos en domicilio por lo que toma en dos ocasiones metoclopramida con alivio parcial de los síntomas y es al medio día cuando inicia el dolor lumbar empeorando tras la medicación iv instaurada en urgencias de atención primaria, que también contenía metoclopramida. Refiere haber tomado previamente dicha medicación sin ningún tipo de reacción previa. Sospechando distonía aguda secundaria a este fármaco administramos 1 ampolla de Biperideno iv, quedando la paciente asintomática en menos de una hora, restableciéndose tono muscular normal. Diagnóstico FINAL: DOLOR LUMBAR POR CONTRACTURA MUSCULAR DEBIDO A DISTONIA POR METOCLOPRAMIDA.

CONCLUSIONES:

Realizar una historia clínica sistemática y ordenada constituye la herramienta diagnóstica básica en atención de urgencias tanto extra como intrahospitalaria. En este caso una anamnesis y una exploración física sistemática y ordenada probablemente habría hecho sospechar antes la auténtica causa de la sintomatología de esta paciente, evitando administrar la misma medicación que le estaba provocando los síntomas.

P-2473

**CEFALEA Y ANSIEDAD TRAS CONSUMO DE FÁRMACOS
DE USO VETERINARIO****E Tejero Sánchez, P Pardo Rovira, S Sánchez Sánchez, R Piñero Panadero, O Rubio Casas, S Gutiérrez Gabriel, MJ Domínguez García***Hospital de Fuenlabrada. Madrid***PALABRAS CLAVE:** culto-cuerpo-equino**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 39 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias acompañada por su padre, por cefalea frontal, de carácter opresivo, progresiva, de intensidad 9/10, que empeora con el decúbito, acompañada de náuseas, sin vómitos, de 48 horas de evolución, que no ceden con analgesia convencional. No alteraciones visuales, pérdida de fuerza o sensibilidad, incontinencia de esfínteres ni otros síntomas. Respeta el sueño nocturno. No episodios previos semejantes. Niega consumo de tóxicos o TCE los días previos. Exploración física: Estable hemodinámicamente. Afebril. Quejidos intensos por dolor. Ansiosa. Taquineica. ACP sin alteraciones. Exploración neurológica completa sin alteraciones. Se administra analgesia i.v sin mejoría. Al acudir a reevaluarla, se encuentra sola, sin acompañante. Más tranquila y abordable, nos refiere haberse inyectado unas ampollas llamadas Spasmobronchal de forma s.c en los últimos 4 días y tienen miedo. Finalidad: perder peso y marcar músculo. Me comunica que es una medicación ampliamente utilizada en los gimnasios. Se trata de un producto simpaticomimético (broncodilatador), de uso veterinario (équidos), indicado en procesos de bronquitis o bronconeumonías. Contiene hidrocloreto de clenbuterol, alcohol bencílico y excipientes. Efectos secundarios: sudoración, taquicardia, temblor, disminución de la frecuencia respiratoria, hiperglucemia e hipofosfatemia. Tras realizar ECG dentro de la normalidad, analítica sin alteraciones y recibir analgesia y ansiolíticos es dada de alta sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

El culto al cuerpo es una nueva y creciente obsesión por lucir cuerpos que según los parámetros del imaginario social, son considerados perfectos. La obsesión por el físico suele ir acompañada del uso excesivo de tratamientos de belleza, operaciones de estética, consumo de anfetaminas, diuréticos o laxantes y las llamadas drogas de gimnasio como los anabolizantes, que conllevan el empleo de fármacos de uso veterinario. Tras acceder a internet para conocer el fármaco es posible comprobar los consejos sobre dosificación y vía, incluyendo videos formativos. No faltan fotos con el "antes y después". Por 100 euros y ejercicio, abdominales perfectas. Estamos en la era de la imagen y las personas somos capaces de consumir productos ilícitos, no exentos de efectos secundarios, para intentar alcanzar unos cánones de belleza. Los médicos de urgencias, debemos tener sospecha sobre el consumo de estos productos, sobre todo con la llegada del verano, realizar una anamnesis adecuada, mostrando empatía con el paciente y conocer los posibles efectos secundarios de los mismos. Valorar también si el paciente precisa además un abordaje psicológico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2478

INTOXICACIÓN POR *DATURA STRAMONIUM*:
LA HIGUERA DEL INFIERNO

RM Jiménez Gallego, N Ruiz Huarca, B González Casanova,
P González De Lara Romero, E De la Peña Parra,
B Rodríguez Miranda, MJ Venegas L'Hotellerie

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: intoxicación-Datura stramonium-alucinaciones

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso de una intoxicación con intención autolítica de un paciente varón de 29 años. Es consumidor habitual de otros tóxicos entre ellos, cantabais, cocaína y alcohol, alerta al servicio de emergencias extrahospitalarias tras consumir en compañía de más individuos las semillas de estramonio. Según refiere tras preparar la planta en infusión, abren la misma extrayendo las semillas que después consume a sorbos de un vaso de agua. Tras la ingesta de las mismas presenta agitación psicomotriz, sequedad bucal intensa, alucinaciones visuales y sensación de mareo síntomas ante los cuales el paciente solicita ayuda. A su llegada (aproximadamente tras unas 4 horas de consumo) persiste con importante agitación psicomotriz con temblor generalizado y nerviosismo importante, siendo sus constantes TA:187/98, FC:113, T°: 37.3°C. En la EF destaca sequedad bucal marcada, rubicundez facial y en el examen neurológico midriasis bilateral arreactiva sin otros hallazgos Dichos síntomas revierten de forma espontánea en los siguientes minutos aunque requiere la administración de Diazepam 10 mg iv por nerviosismo importante y conducta agresiva. El paciente queda monitorizado y en observación, donde permanece asintomático en 12 horas tras su ingreso, sin aparición de ninguna complicación, no precisando el uso de fármacos anticolinesterásicos, procediendo a pasar a cargo de Psiquiatría por la intención inicialmente autolítica de la ingesta de las semillas de estramonio.

CONCLUSIONES:

Datura stramonium también conocida como estramonio, 'higuera del infierNo', 'flor de la trompeta' e 'higuera loca' es una planta tóxica de la familia Solanaceae, utilizada por los seres humanos desde la antigüedad por su propiedad alucinógenas y medicinales. El estramonio contiene alcaloides derivados del tropano (atropina, escopolamina o hioscina e hiosciamina) que son antagonistas competitivos de la acetilcolina y responsables de originar el cuadro anticolinérgico que presentan los intoxicados. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer este caso de intoxicación por estramonio con evolución favorable, así como asesorar sobre el manejo adecuado de los paciente intoxicados. Destacar que es importante el interrogatorio dirigido hacia el consumo de la planta dada su fácil y barata disponibilidad en nuestro medio y el consumo que se realiza de ella como droga alucinógena por parte de consumidores de otros tóxicos.

P-2480

COMA DE INSTAURACIÓN RÁPIDA EN UNA PACIENTE
PSIQUIÁTRICA

JA Medina Ortega, A Martín Martín

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

PALABRAS CLAVE: coma-intoxicación-urgencias

HISTORIA CLÍNICA:

Los pacientes que presentan una alteración severa del nivel de conciencia y tienen antecedentes psiquiátricos suponen un desafío diagnóstico frecuente en nuestra actividad asistencial diaria en urgencias. El objetivo del caso clínico es enfatizar determinados síntomas guía y parámetros analíticos diagnósticos de ciertas intoxicaciones graves. Se trata de una mujer de 40 años con antecedentes personales de depresión y alcoholismo. No historia previa de intentos de autolisis. Medicación habitual: lormetacepan y aglomelatina. Enfermedad actual: 72 horas previas al ingreso, caída accidental con TCE, motivo por el que se encuentra bajo vigilancia parental. De forma progresiva los padres aprecian conductas extrañas, alteraciones visuales e intensa ansiedad. A su llegada a urgencias se encuentra agitada, normotensa, afebril, diaforetica, lenguaje ininteligible, pupilas midriáticas, hematoma facial en mapache. EKG, Rxtorax y CT craneal sin alteraciones Analítica inicial normal salvo K: 7,6 PH:6,96, HCO3: 2,2 Panel de Tóxicos: negativos, etanol en sangre < 10 A la hora de su llegada presenta hipotensión, crisis tónico-clónicas y coma. Se traslada a UCI, donde presenta intensa acidosis metabólica (6,4) con hiperlactacidemia (19), hiperk+(7,6), anión GAP (33) Osmolaridad (373) e hiato osmolar elevados (90) A pesar de la instauración de tratamiento específico de perfusión de etanol la paciente fallece por fracaso multiorgánico. Nos encontramos ante un caso de coma inexplicado con desenlace fatal. Las medidas diagnósticas y terapéuticas no fueron eficaces y se tomaron decisiones a partir de datos indirectos que hacían pensar en una intoxicación por polialcoholes: La autopsia confirmó la intoxicación por metanol. Como explicación patocrónica, la ausencia de bebidas con etanol en el domicilio paterno pudo hacer buscar a la paciente sustitutos (alcohol de quemar, acetona) que condicionaron la intoxicación.

CONCLUSIONES:

La intoxicación por metanol puede producir un deterioro rápido del nivel de conciencia precedido de alteraciones visuales. Como ayuda al diagnóstico etiológico en pacientes que acuden a urgencias con disminución del nivel de conciencia, la acidosis metabólica intensa con vacío osmolar y un vacío aniónico elevados debe hacer sospechar intoxicaciones por metanol, etilenglicol, cianuro y sulfídrico.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2481

INTOXICACIÓN LEVE/MODERADA POR MONÓXIDO DE CARBONO Y SÍNDROME NEUROLÓGICO TARDÍO

R Fernández Alonso, C Arias Meneses, L Arboleya Álvarez,
A Gutiérrez González, D Fernández Suárez, C Martínez Llana,
C Carrillo Chimbo

Hospital Valle del Nalón. Asturias

PALABRAS CLAVE: carboxihemoglobina-oxigenación hiperbárica-hidroxibalamina

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer sana de 66 años encontrada inconsciente en su domicilio con sospecha de intoxicación por CO (combustión incompleta en cocina de carbón). Precisa intubación orotraqueal por disminución severa del nivel de conciencia (Glasgow inferior a 8) y fracaso respiratorio. Gasometría arterial con FIO₂ de 1: pH 7.55, pCO₂: 25.4, pO₂: 529mmol/l, CarboxiHemoglobina: 15%. Se administran 5grs de Hidroxibalamina y se solicita tratamiento urgente en cámara de oxígeno hiperbárico, que es denegado en función de los niveles de carboxihemoglobina (intoxicación leve/moderada). Tras 48 horas ingresada en UCI con oxigenoterapia normobárica al 100%, se procede a su extubación y posterior alta hospitalaria en condiciones de normalidad neurológica. Quince días más tarde, es derivada a Urgencias por trastorno conductual agudo. Durante el ingreso se realiza TAC craneal (normal), RNM craneal (normal y posteriormente con signos de desmielinización difusa post-hipóxica), EEG: encefalopatía bifrontal de carácter lesivo y SPECT cerebral: hipoperfusión moderada y extensa bifrontal y temporal bilateral. Con el diagnóstico de Síndrome Neurológico Tardío (SNT) la paciente es atendida en un centro de rehabilitación integral para enfermos de daño cerebral, mostrando en la actualidad signos conductuales de frontalización y total dependencia.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que sufren intoxicación por CO presentan síntomas diversos y que suelen mejorar tras la administración de oxígeno normobárico (NBO). Se ha evidenciado sufrimiento cerebral subclínico en el 30% de pacientes asintomáticos después de intoxicaciones leves que no recibieron el tratamiento correcto. La elevación de la carboxihemoglobina en sangre confirma la intoxicación, pero sus niveles no deben ser considerados imprescindibles como expresión de gravedad ni como signo guía para la actuación terapéutica. El tratamiento de elección en las intoxicaciones por CO es la oxigenoterapia hiperbárica (HBO), cuya aplicación precoz reduce las secuelas neurológicas y previene la incidencia del SNT. En este caso, la terapia se decidió en función de los niveles de CarboxiHb, obviándose parámetros clínicos como la edad y sobre todo, la disminución del nivel de conciencia, lo que confiere de por sí un estadio de gravedad que no se corresponde con los parámetros analíticos.

P-2490

Golpe de calor: URGENCIA CRONO-DEPENDIENTE

S García de León Chocano (1), A Pérez Zapata (1),
A Mora Carmona (2), D Espadas Maciá (3), FJ Rosa Rubio (4),
JI Mateo González (5), S Arnés González (5)

(1) SES-SAMU Oliva. Valencia. (2) Hospital La Ribera. Alzira, Valencia.
(3) Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. (4) Hospital Clínico de Valencia.
(5) Hospital General de Valencia

PALABRAS CLAVE: golpe de calor-hipertermia-anhidrosis

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Recogemos en domicilio a varón de 71 años, hipertenso, que según refieren familiares lo han encontrado en su vehículo confuso y somnoliento por lo que lo han llevado al domicilio y han solicitado ayuda médica. A nuestra llegada nos encontramos al paciente poco reactivo, no obedeciendo órdenes simples e hiperventilando. Nos refieren que la última vez que fue visto fue hacia dos horas dentro del vehículo. Niegan días previos fiebre ni semiología infecciosa por aparatos. Niegan otra sintomatología días previos. Exploración física: Regular estado general. Leve deshidratación cutánea. Eritematoso (eritema solar en zonas expuestas). Caliente. Anhidrosis. Pulsos periféricos presentes. Taquipneico a 40 rpm. Vía aérea permeable. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico, taquicárdico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Neurológico: Glasgow 10 (O4,V1, M5). Pupilas isocóricas y normoreactivas. Moviliza cuatro extremidades. No signos de focalidad neurológica. Constantes vitales: TA 210/114 FC 132 Saturación oxígeno aire ambiente 94%. Glucemia digital 174. Temperatura axilar: 41.5°C. Se canalizan dos vías venosas periféricas de grueso calibre, se monitoriza al paciente y se traslada a ambulancia donde se desviste al paciente y se inicia ventilación de esta con aire acondicionado frío a la par que se inicia manitol, fluidoterapia, oxigenoterapia y se deriva a Urgencias hospitalarias, con diagnóstico presuntivo de golpe de calor. Tras medidas físicas el paciente presenta disminución de temperatura axilar con la consiguiente mejoría clínica. Análiticamente destaca Creatinina 1,68 mg/dl, PCR 94,46 mg/L. Resto de parámetros analíticos, TC cerebral y RX tórax sin alteraciones. Ingresa en medicina interna.

CONCLUSIONES:

El golpe de calor es un síndrome potencialmente grave, que cursa con hipertemia secundaria a un fracaso de los mecanismos termorreguladores (temperatura corporal por encima de 40°C) asociando disfunción del sistema nervioso central y anhidrosis en contexto de exposición a temperaturas elevadas. Una demora de tratamiento puede tener por resultado daño cerebral, renal y cardíaco, por lo que debe ser rápidamente sospechado e iniciar maniobras de soporte vital y de enfriamiento. Los efectos directos del calor, vasculares, así como las alteraciones hidroelectrolíticas y la alta sensibilidad de todos los órganos y sistemas, tanto por separado como combinados hacen que el daño pueda ser multiorgánico.





CASOS CLÍNICOS

P-2491

**MOTIVO DE CONSULTA: ESTREÑIMIENTO.
DESTINO AL ALTA: ÉXITUS**

**M Najarro de la Parra, Y Aranda, J Marcos Alba, L Díaz Vidal,
AF Braña, MJ Estévez Rueda, R Penedo Alonso**

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: enema de limpieza-hiperfosfatemia-hipocalcemia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 94 años. Antecedentes de asma, osteoporosis, polimialgia reumática. Deterioro cognitivo leve. Parcialmente dependiente para ABVD. Acude por estreñimiento de 10 días de evolución. Exploración física: hemodinámicamente estable, buen estado general. Destaca masa cervical indurada laterocervical derecha de unos 5cm. ACP sin datos reseñables. Abdomen con comedón gigante, blando y deprimible, no doloroso a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal. Se palpan heces en colon descendente. Peristaltismo conservado, sin soplos. Tacto rectal con abundantes heces altas de consistencia dura. Extremidades sin hallazgos. Rx abdominal con abundantes heces en marco cólico y evidencia de gas distal, sin signos de sufrimiento intestinal. Se administra enema rectal con sonda. Aproximadamente 20 minutos después avisan por malestar general con dolor abdominal intenso tipo cólico. A la palpación, dolor abdominal difuso sin defensa ni rebote. Se administra paracetamol y se solicita analítica: gluc 138, Creat 0,71, Urea 30, BUN 14, Na 159, Cl 97, K 4, Ca 6.8. GAB: pH 7.16, pCO₂ 39, pO₂ 78, HCO₃⁻ 13.9, Lact 0.8. Perfil hepático y hemograma, sin valores reseñables. ECG: RS a 80 L/m. QT 0.50. Se instaura tratamiento para hipocalcemia, acidosis metabólica e hipernatremia y se monitoriza. Empeora de forma rápida y progresiva: impresiona de gravedad, con livedo en abdomen y zona distal de extremidades, hipotensión y desaturación. Reexploración abdominal sin cambios. Se inicia oxigenoterapia, carga de volumen y bicarbonato, pese a lo cual continúa el deterioro clínico y analítico: pH 7.08, pCO₂ 77, pO₂ 30, Ca 3.9, P 49. Fallece aproximadamente a las 2 horas de la valoración inicial. Diagnóstico: hipocalcemia grave e hiperfosfatemia grave sin insuficiencia renal. Hipernatremia hiperosmolar. Acidosis metabólica.

CONCLUSIONES:

El fosfato de sodio en enema, terapia ampliamente utilizada en los servicios de urgencias como tratamiento de estreñimiento agudo, puede en raras ocasiones provocar hiperfosfatemia, hipernatremia e hipocalcemia graves, especialmente en pacientes ancianos, con desequilibrio hidroelectrolítico de base, afectados de insuficiencia renal, tomadores de IECA, antagonistas del calcio y diuréticos o en casos de dosis elevadas o repetidas.

P-2494

**A PROPÓSITO DE UN CASO: MONITORIZACIÓN
DEL TRATAMIENTO DE ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA
EN UN INTENTO AUTOLÍTICO**

**A Bajo Bajo (1), D García González (1), JG Sánchez Hernández (2),
E Laso Lucas (2), MP García García (2), JJ Salvador Sánchez (1),
MV Calvo Hernández (2)**

*(1) Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. (2) Servicio de Farmacia.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

PALABRAS CLAVE: digoxina-intoxicación-anticuerpos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 63 años y 110 kg que acude a urgencias por un intento autolítico con 50 comprimidos (12,5 mg) de digoxina. La frecuencia cardíaca era de 35 latidos por minuto. A nivel cardíaco se detectaron bloqueos aurículoventriculares de segundo y tercer grado, así como múltiples extrasístoles de origen ventricular y supraventricular. El paciente no presentó manifestaciones gástricas, ni alteraciones a nivel del sistema nervioso. Se realizó un lavado gástrico y se implantó un marcapasos transitorio. Se solicitan niveles de digoxina tres horas después de la ingesta. La determinación de los niveles del fármaco se realizaron mediante un inmunoensayo turbidimétrico (PETINIA) en el autoanalizador Architect® c4000. También se determinaron las concentraciones séricas de fármaco libre mediante un proceso de ultrafiltración con el objetivo de optimizar la dosis de anticuerpos antidigoxina (DigiFab®). La concentración sérica de digoxina fue de 10.42 ng/mL (margen terapéutico: 0.5-2.0 ng/mL) y de digoxina libre 6.20 ng/mL. Se decide administrar 240 mg de DigiFab® (50% de la dosis calculada). Tres horas después de la administración de DigiFab®, la concentración sérica de digoxina descendió a 4,36 ng/mL y la de fármaco libre a 0.18 ng/mL. Sin embargo, diez horas después de la administración del antídoto, el nivel sérico de digoxina era de 4.80 ng/mL, pero el de fármaco libre 2.44 ng/mL. En las siguientes determinaciones fueron disminuyendo ambas concentraciones paulatinamente. A las 42 horas, cuando la concentración sérica de digoxina era 1.68 ng/mL y la libre 1.02 ng/mL se decidió retirar el marcapasos.

CONCLUSIONES:

La fracción libre del fármaco es la farmacológicamente activa y la causante de la sintomatología de la intoxicación. La determinación de concentraciones séricas libres de digoxina evitaban la administración de dosis adicionales de DigiFab®. De otra manera, con solamente conocer la concentración total de digoxina hubiera sido necesario administrar el 50% de dosis restante. El incremento de fármaco libre a las 10 horas post ingestión se debe al paso del fármaco de los tejidos tisulares al torrente sanguíneo. Consideramos, que la ultrafiltración es una buena estrategia para optimizar el tratamiento de las intoxicaciones de digoxina que precisen la administración de DigiFab®.



CASOS CLÍNICOS

P-2495

FLORIPONDIO. DE ORNAMENTAL A POTENCIALMENTE LETAL

M Muñoz Carril, S Arnés González, J Mateo González,
J Barea Aleixandre, S García de León Chocano, O Lacoste,
E Rodríguez Gorriz

Hospital General Universitario de Valencia

PALABRAS CLAVE: bromuro de butilscopolamónio-síndrome anticolinérgico-envenenamiento

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos a un varón de 18 años de edad que acude a Urgencias tras ingesta autolítica de floripondio. En la anamnesis con la familia estos relatan cambios conductuales en las últimas semanas, encontrando al paciente el día del suceso en estado de agitación, con conducta alucinatoria, incontinencia urinaria y restos de vómitos alimenticios, presentando posteriormente crisis tónico-clónica. Se encuentran dos escritos donde refleja la intención autolítica. Con clínica de síndrome anticolinérgico severo: midriasis pupilar, desorientación temporo-espacial, agitación psicomotriz, sequedad de mucosas y taquicardia sinusal. En los análisis destaca incremento de la creatininkinasa (2902 U/L). Resto de análisis, incluyendo estudio de tóxicos en orina, negativos. Ante la gravedad del cuadro y posibles complicaciones ingresa en UCI para tratamiento de soporte y valorar la necesidad de fisostigmina, no siendo necesaria su utilización. Con evolución favorable es dado de alta para seguimiento por Unidad de Salud Mental.

CONCLUSIONES:

El floripondio, burundanga o Brugmansia arborea se utiliza como planta ornamental y contiene sustancias como alcaloides tropánicos tales como la escopolamina y la hiosciamina, que tiene una actividad estimulante del sistema nervioso central conocida como síndrome atropínico. Todas las partes de la planta son tóxicas pero en especial los frutos y sus semillas. Su ingestión, tanto en humanos como en otros animales, puede resultar fatal, y el simple contacto con los ojos puede producir midriasis o anisocoria. La mayoría de intoxicaciones se deben a sobredosificación por consumo intencionado con finalidades lúdicas. Además del cuadro gastrointestinal destaca el síndrome anticolinérgico caracterizado por visión borrosa, midriasis, rubefacción facial, sequedad de mucosas, debilidad muscular, agitación, incoordinación motora, desorientación, hipertermia, taquicardia y alucinaciones. La presencia de sequedad cutánea y globo vesical suelen ser muy características. Para el tratamiento está indicado el vaciado gástrico o, preferiblemente, la administración de carbón activado. El antídoto específico es la fisostigmina que bloquea de manera eficaz la enzima colinesterasa. Sólo debe utilizarse en caso de manifiesta atropinización que afecte al sistema nervioso, especialmente si hay delirio y alucinaciones, y bajo monitorización electrocardiográfica continua. Uno de las principales limitaciones del tratamiento es que la fisostigmina no está comercializada en España y se importa como medicamento extranjero.

P-2501

INTENTO AUTOLÍTICO CON METFORMINA EN UN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

P Del Pino Valverde, MJ Morales Acedo, M Nogués Herrero,
M Rizo Hoyos, P Castillo Jiménez, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

PALABRAS CLAVE: envenenamiento-metformina-acidosis láctica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 56 años sin alergias medicamentosas, con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Discapacidad intelectual. Tratamiento habitual: Metformina 850mg/8h, metoprolol 100mg/24h, clortalidona 50mg/24h, lorazepam 1mg/24h. Acude a urgencias por síncope en domicilio no presenciado, con relajación de esfínteres y restos de vómitos, su hermano refiere oligoanuria en días previos, sin aportar más hallazgos. Exploración física: Regular estado general, estable hemodinámicamente, afebril. Saturación de oxígeno 95%. Taquipneico. Glasgow 10 puntos. Glucemia capilar 44mg/dl. Consciente, estuporoso, poco colaborador. Pupilas isocóricas normoreactivas ligeramente mióticas, sin focalidad neurológica. Auscultación rítmica, sin soplos. Buena ventilación sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Pruebas complementarias: A destacar leucocitosis con fórmula normal. Creatinina 8,65mg/dl. Gasometría venosa: pH 6,86, bicarbonato 4,5mmol/L, lactato 104mg/dl. Tomografía computerizada craneal normal. Orina: proteinuria 200. Fracción excreción de sodio: 3%. Drogas de abuso: benzodiazepinas positivos. Ecografía abdominal normal. Diagnóstico: Encefalopatía de probable origen tóxico-metabólico. Insuficiencia renal aguda en fase de necrosis tubular. Acidosis metabólica láctica. Diagnóstico diferencial: Alteraciones metabólicas, endocrinas o hidroeléctricas, Status epiléptico, Sepsis, Patología estructural cerebral, Encefalopatía hipóxico-isquémica, Hemorragias cerebrales, Intoxicación farmacológica, Causas ambientales, disfunciones orgánicas severas. Evolución: En box críticos, el paciente precisa glucosa al 50% intravenosa para corregir hipoglucemia, aun así continuaba estuporoso, planteamos un cuadro de probable origen tóxico-metabólico y se pauta naloxona y flumazenilo intravenosos, tiamina, oxigenoterapia y suero fisiológico. Posteriormente, bicarbonato 1M y furosemida 20mg/6-8h. Se mantuvo tendente a la hipotensión y oligoanuria precisando canalizar vía central y sesión de hemodiálisis con buena evolución posteriormente.

CONCLUSIONES:

La importancia de este caso radica en la etiología del cuadro, cuando el paciente mejoró, confesó la ingesta de más comprimidos de metformina de los que debiera con intención autolítica. Aunque consideramos una causa por tóxicos, no sospechamos la intoxicación por metformina directamente. En nuestra área no disponemos de la medición de los niveles plasmáticos de metformina, pero sí de datos indirectos como el anión GAP, exceso de bases y lactato en sangre. La acidosis láctica por metformina es muy rara, pero tiene una elevada tasa de mortalidad. Es importante realizar una prevención de la misma en pacientes con tratamiento crónico con metformina e incluirla en el diagnóstico diferencial de cuadros compatibles en estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2502

CADA DÍA QUE PASA VEO MENOS

S García de León Chocano (1), A Pérez Zapata (1),
A Mora Carmona (2), D Espadas Maciá (3), FJ Rosa Rubio (4),
JI Mateo González (5), S Arnés González (5)

(1) SES-SAMU Oliva. Valencia. (2) Hospital La Ribera. Alzira, Valencia. (3) Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. (4) Hospital Clínico de Valencia. (5) Hospital General de Valencia

PALABRAS CLAVE: ambliopía tóxica-desnutrición-alcohol

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 46 años, bebedor crónico en tratamiento con quetiapina, duloxetine, paliperidona, trazodona y pregabalina por trastorno ansiosodepresivo que acude a urgencias por referir disminución de agudeza visual de forma progresiva en ambos ojos desde hace 10 días. Además refiere disnea a mínimos esfuerzos, tos sin expectoración y rinorrea, sin clínica de insuficiencia cardíaca. Desde hace 48 horas, se encuentra sudoroso, tembloroso y con vómitos que relaciona con abstinencia. Niega síncope ni relajación de esfínteres ni cefalea. Niega fiebre, ni otra semiología infecciosa por aparatos. Ha sido evaluado en oftalmología diagnosticado de queratitis superficial y blefaritis anterior. A la exploración física, constantes vitales en rangos normales salvo taquicardia a 120 latidos por minuto, auscultación cardiopulmonar anodina, neurológico con flapping, marcha atáxica, sin dolor a la movilización ocular, campimetría por confrontación sin alteraciones. Se realiza radiografía de tórax siendo esta anodina, solicitamos analítica sanguínea donde destaca VCM 104.3 fL, sin anemia en hemograma, bioquímica completa donde llama la atención glucosa 260 mg/dL GPT 111 U/L, siendo el resto de parámetros completamente normales, gasometría venosa sin hallazgos de interés salvo lactato de 3.5 mmol/L. Solicitamos tomografía computerizada cerebral informando de discreto aumento difuso del espacio extracerebral cortical para lo esperado por la edad del paciente. Talla ventricular dentro de la normalidad. No se observan lesiones ocupantes de espacio ni colecciones hemáticas. Línea media centrada. Se inicia tratamiento con tiamina y suero glucosado. El paciente mejora tras tratamiento inicial y se diagnostica de Ambliopía toxica por alcohol y tabaco y se alta con vitaminas del grupo B intramusculares.

CONCLUSIONES:

La ambliopía tóxica puede estar ocasionada por una carencia nutricional (sobre todo de vitaminas B1 y B12 o de folato). Las personas alcohólicas tienen una mayor incidencia de ambliopía nutricional, más por desnutrición que por el propio efecto tóxico del alcohol. La visión se deteriora gradualmente en días o semanas. Con tratamiento la mayoría recuperan parte de la visión. El tratamiento se basa en suplementos vitamínicos y en el cese del consumo de alcohol.

P-2504

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE: ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD?

MC Suero Méndez, J Martí Puyol, MI Rodríguez González,
MS Alcaraz González, E Silva Castillo, C Sánchez Miguel

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: failure acute liver-fulminating liver disease-hepatitis and toxics

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer, 37 años, dislipemia con dieta. Bebedora social. Remitida a urgencias por comenzar 3 días antes con malestar general, epigastria y en las últimas 24 horas ictericia. No otra clínica ni factores de riesgo. En las últimas 3 semanas ha ingerido bebida energética. Presenta estabilidad hemodinámica, ictericia y dolorimiento en epigastrio sin peritonismo, ni megalias. Pruebas complementarias: Bilirrubina Total 11,03mg/dl, ALT 1519U/L, ATP 47%, INR 1,44. Resto analítica completa, radiografía y ecografía normales. Se plantea una hepatitis aguda (etiología vírica, autoinmune, farmacológica, metabólica, tóxicos). En los 3 días siguientes presentó empeoramiento por lo que es trasladada a hospital de referencia con diagnóstico de Insuficiencia Hepática Aguda con Coagulopatía. Serología negativa. Al 5º día ingresa en UCI por empeoramiento severo clínico (ictericia aumentada, hipoglucemia, bradipsiquia, flapping y hepatomegalia) y analítico. Precisa aplicación de terapia MARS y ante la falta de respuesta se incluye en Código 0 para trasplante hepático urgente, que se realiza al 11º día. Diagnóstico final: Insuficiencia Hepática Aguda de etiología no filiada.

CONCLUSIONES:

La insuficiencia hepática aguda es el proceso resultante de la lesión hepática masiva, con cese brusco de su función sin enfermedad previa. El tiempo ictericia-encefalopatía divide este síndrome en hipergálico (< 7 días), agudo (7-28) y subagudo (> 28). La evaluación clínica precisa de la detección de la causa para instaurar de forma temprana tratamiento específico si es factible. Con este caso queremos remarcar que el creciente consumo de bebidas energéticas o hipertónicas puede suponer un riesgo para la salud. Se han descrito eventos adversos como nerviosismo, incapacidad para concentrarse, trastornos gastrointestinales e insomnio. No disponemos de estudios a largo plazo. Son bebidas sin alcohol que contienen sustancias estimulantes y ofrecen disminución de la fatiga y el agotamiento. Contienen cafeína, vitaminas, carbohidratos y otras sustancias como taurina. La niacina es una vitamina del complejo B. Algunos casos descritos de toxicidad por niacina, como éste, existen alteraciones poco espectaculares en el perfil bioquímico con importante afectación funcional, especialmente en la función de síntesis y secreción proteica. El sistema de recirculación de adsorbentes moleculares (MARS®), como método de depuración hepática extracorpórea, permite eliminar toxinas acumuladas, optimizando la situación clínica como puente al trasplante hepático.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2511

ROMPECABEZAS FAMILIAR

**L Ferrer Caballé, C Ramió Lluch, A Gispert Ametller,
M Casamitjana Farré, S Obelleiro Nadal, A Roque Lloveras**

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

PALABRAS CLAVE: carboxihemoglobina-intoxicación por monóxido de carbono-mala combustión caldera

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer, 38 años, consulta al servicio de urgencias por síncope después de la ducha. A su llegada presenta hemodinamia y saturación de oxígeno normal, esta afebril. Refiere cefalea, náuseas y mareo. Al mismo tiempo, en el box contiguo está el suegro de la paciente, derivado por su médico con sospecha de intoxicación por setas, que ha consumido tres horas antes. Los dos pacientes conviven en el mismo domicilio, por lo que se orienta como intoxicación alimentaria en ambos casos. Se realiza radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica de sangre y orina que no presentan alteraciones. La primera paciente refiere que su bebé de 4 meses está siendo visitado en pediatría por convulsiones y rigidez generalizada. Dado que el niño solo realiza lactancia materna, se desestima la hipótesis de intoxicación alimentaria y se sospecha de intoxicación ambiental, probablemente por monóxido de carbono (CO). Se inicia tratamiento con oxigenoterapia de alta concentración y se completan los análisis con la detección de carboxihemoglobina (COHb) que resulta elevada en los dos pacientes (COHB 20% y 35% respectivamente). También en el paciente pediátrico (COHB: 3%). Se pregunta por otros habitantes del domicilio, se comprueba que el marido de la paciente, su madre y su suegra también presentan niveles de COHb elevados. Se decide el traslado de los 6 pacientes a la cámara hiperbárica para proseguir con el tratamiento. Todos los afectados tuvieron una buena evolución y no presentaron secuelas. Posteriormente se identificó que la fuente de intoxicación era la caldera.

CONCLUSIONES:

El monóxido de carbono es un gas incoloro, inodoro y sin sabor, no irritante. Se origina por combustión incompleta de materiales que contienen carbono, se conoce como el asesino invisible. Es el tóxico químico presente con más frecuencia en los casos de intoxicaciones ambientales atendidos en los Servicios de Urgencias de nuestro país. Su intoxicación es potencialmente grave y mortal si no se detecta y se trata a tiempo. El tratamiento es con oxigenoterapia a máxima concentración, lo antes posible. Hay que tener en cuenta los criterios de tratamiento con oxígeno hiperbárico. Hay que notificar el evento al servicio de Salud Pública.

P-2512

SOSPECHA DE NARCOLEPSIA EN PACIENTE CON ENOLISMO SEVERO ENCUBIERTO

**CA Yago Calderón, MA Bernal Hinojosa, E Caro Vázquez,
D Fernández Vargas, EM Fragero Blesa, F Temboury Ruiz,
E Rosell Vergara**

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: alcoholismo-epilepsia-narcolepsia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón 32 años, NAMC, niega consumo de tóxicos. En tratamiento por epilepsia probablemente focal criptogénica- y pendiente de completar estudio para descartar narcolepsia vs hipersomnia, por episodios de sueño incohercible en los que precisan dormir durante horas para despertar asintomático, ha tenido caídas pero también episodios de flacidez y sueño estando en sedestación, sin convulsiones. MC: Acude a nuestras urgencias hospitalarias por episodio de hipersomnia, mayor de lo habitual. Paciente y familiares niegan consumo de tóxicos. EXPLORACIÓN: Glasgow 10. Midriasis bilateral reactiva, Somnolencia importante, movimientos simétricos, RCP retiradas, sin signos de irritación meníngea. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En analítica destaca VCM elevado, hiper-CK-emia e hipertensaminasemia y un etanol en sangre de 5,54 gr/dL. Se contacta con laboratorio y confirma niveles de etanol, tanto en ésta como en nueva muestra. EVOLUCIÓN: Revisando historia digital de otros centros se descubre: ingreso previo en hospital concertado por pancreatitis aguda idiopática de probable origen toxico-metabólico, hipertransaminasemia leve secundario a estasis hepática y alguna asistencia extrahospitalaria por TCE secundario a intoxicación etílica - información no aportada por paciente ni familiares durante la anamnesis. Tras nueva entrevista a paciente, reconoce consumo previo habitual de etanol en grandes cantidades en relación con problemas laborales, actualmente, consumo esporádico que se está haciendo más frecuente por desavenencias conyugales. El día de la asistencia, tras discusión con su pareja, consumió etanol, sin recordar cantidades.

CONCLUSIONES:

Repasando historias Clínicas contemporáneas nos encontramos que los adelantos científicos-técnicos (pruebas complementarias) han supuesto un corte radical con la visión clásica del quehacer clínico, tanto en la observación como en la evolución diagnóstica. Ya no es la mirada y escucha clínica (semiología, exploración, anamnesis e Historia Clínica tradicional) quienes definen y determinan el diagnóstico y la veracidad, sino la mirada escópica. En muchas ocasiones, este cambio es debido a la presión asistencial y la falta de tiempo disponible en cada consulta médica, que imposibilita la realización de una correcta anamnesis y la construcción de una buena relación médico paciente, fundamental para la detección de determinados problemas de salud. Sólo la diligencia en la enseñanza de la semiología y los esfuerzos para mejorar las habilidades a la cabecera del paciente disminuirían ciertos errores médicos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2513

INCENDIO INTOXICACIÓN POR HUMOS

M Cabelo López, N González Bouzada, M Orona Naya

Hospital do Salnés. Pontevedra

PALABRAS CLAVE: incendio-intoxicación monóxido de carbono-cianuro**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 83 años que sufre explosión e incendio secundario en domicilio, vive sola y es atendida por bomberos que la trasladan a Urgencias. Llega estable hemodinámicamente con respiración espontánea (82% sTO_2) y Glasgow 5. Se evidencian quemaduras de 2G en MMII, MSD y cuero cabelludo con vibras nasales y hollín en boca y orofaringe, no lesiones corneales. Se evidencia hipoventilación y en gasometría hipoxemia con elevación de la carboxihemoglobina. Se procede a SRI y se realizan pruebas de imagen TAC Craneal y TAC Toraco Abdomino Pelvico sin evidencia de lesiones secundarias a la explosión. Se evidencia atelectasia por hipoventilación. La paciente se mantiene estable y se administran Cristaloideos así como Hidroxico-baloamina como quelante del cianídrico producido en la combustión del incendio, al mismo tiempo se realizan curas de quemaduras y medicación secundaria a su situación clínica. Tras tener a la paciente estabilizada se traslada a Hospital de Referencia con Unidad de Quemados, donde permanece 15 días ingresada, tras lo cual es alta con consultas de revisión en Neumología y Cirugía Plástica.

CONCLUSIONES:

Juicio Clínico: Intoxicación por monóxido de carbono y cianuro (Síndrome Inhalatorio). En todo incendio la combustión no solo produce gases tóxicos en forma de Monóxido de Carbono sino que también surge el ácido cianídrico, el cual causa igual o mayor mortalidad, por lo cual el uso de un quelante en los Servicios de Urgencias como la Hidroxico-baloamina es fundamental.

P-2516

AYAHUASCA

S Solas Ruiz (1), L Maraví Álvarez (2), I Adanero Calvo (3)

(1) C. S. Barañain II. Pamplona. (2) C. S. Iturrama. Pamplona.

(3) C. S. Ermitagaña. Pamplona

PALABRAS CLAVE: intoxication-hallucinogens-banisteriopsis**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer, 32 años, acude a Urgencias con su pareja y triada como Alteración del comportamiento. Sin AP de interés y sin tratamiento farmacológico nuevo. Su pareja refiere que el fin de semana ha estado con unos amigos en un retiro de ayahuasca, en el que un chamán de Perú les proporciona dicha bebida con objetivo de experimentar un profundo proceso de sanación, es su segundo retiro en unos meses. A su llegada a urgencias la pareja relata un comportamiento extraño desde el regreso del retiro, mete la cabeza en el WC, pide permiso para todo, miedos irracionales... Su MAP ya lo ha valorado e instaurado tratamiento sintomático con Benzodiazepinas para paliar las situaciones puntuales de ansiedad por esos miedos. Exploración Física: consciente y orientada en las 3 esferas, colaboradora, tranquila en todo momento, exploración física anodina y neurológica con marcada bradipsiquia, no reconoce alucinaciones ni ideación autolítica. Evolución: Se le ofrece ingreso en Observación para vigilancia, pero paciente y su pareja prefieren vigilancia domiciliaria. A las 12 horas regresa a urgencias, en esta segunda ocasión sí que presenta alucinaciones visuales claras. Tras descartar patología orgánica es evaluada por el servicio de Psiquiatría, quienes no pueden mantener una conversación fluida por mostrarse suspicaz hasta del propio psiquiatra, con angustia psicótica, conductas extravagantes... Tras 24 horas en observación con persistencia de la clínica psicótica y alucinaciones visuales y auditivas se inicia tratamiento con risperdal y benzodiazepinas e ingresa en la unidad de agudos de Psiquiatría donde permanecería los siguientes 6 días. Durante su ingreso fue desapareciendo dicha clínica y realizó adecuada crítica de lo sucedido y con conciencia de la reacción tóxica, se fue disminuyendo progresivamente la dosis de benzodiazepinas y risperdal. Juicio Clínico: Brote psicótico secundario a intoxicación por Ayahuasca.

CONCLUSIONES:

La ayahuasca ha sido usada en rituales en la selva amazónica durante años, sin que en nuestra sociedad haya tenido ninguna relevancia. En la actualidad está convirtiéndose en una alternativa para disfrutar de efectos alucinógenos de una manera más orgánica, y es una realidad que debemos tener en cuenta en los servicios de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2517

DETERIORO AGUDO DE LA FUNCIÓN RENAL
POR INTOXICACIÓN POR CAFEÍNA

B Sánchez Álamo, J Puerma Ruiz, A Blanco Portillo,
AA Méndez Abreu, J Ocaña Villegas, C Cases Corona

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: cafeína-lesión renal aguda-vómitos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 39 años que acude a Urgencias por vómitos, presentaba antecedentes de consumo de tóxicos (alcohol, cocaína, anfetaminas) y psiquiátricos con varios ingresos por cuadros psicóticos y de trastorno de la personalidad con impulsividad. El paciente refiere un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por vómitos incontables en escopeta, con intolerancia oral, epigastralgia, y oliguria. Relaciona el inicio del proceso con la ingesta de 2 cucharadas soperas de Cafeína Anhidra pura mezclado con medio litro de coca-cola. En la exploración impresiona de deshidratación, con mucosas secas y signo del pliegue dudosamente positivo, resto de la exploración anodina salvo un leve dolor a la palpación en epigastrio. En la analítica de urgencias destaca intensa leucocitosis (22.94k/ μ L) con neutrofilia y PCR: 81.20 mg/L, que relacionamos con absceso cutáneo drenado y tratado con ciprofloxacino. En la gasometría venosa presentaba alcalosis metabólica compensada y en la bioquímica se observaba creatinina: 6.81 mg/dl y urea: 122 mg/dl, además asociaba hipocalcemia, hiperfosfatemia e hipopotasemia (3.10), elevación de enzimas musculares CK: 276U/L, MIOG: 282ng/ml. En orina EFNa de 0.6% y proteinuria en tira reactiva, con positivo para benzodiazepinas y cocaína. La ecografía descartó etiología obstructiva. Se inició tratamiento con suero-terapia intensiva y medidas encaminadas a corregir las alteraciones iónicas. La evolución inicial fue desfavorable pese al tratamiento, sin corrección de las alteraciones electrolíticas, elevación de la creatinina (10,56mg/dl) y permaneciendo anúrico, por lo que se consideró necesaria la hemodiálisis a demanda durante 5 días, canalizándose para ello un catéter femoral, posteriormente la diuresis y la función renal se recuperaron progresivamente hasta discontinuación de hemodiálisis.

CONCLUSIONES:

Tras recibir cinco sesiones de hemodiálisis el paciente fue dado de alta con juicio clínico de insuficiencia renal aguda AKIN 3, secundaria a necrosis tubular aguda, en el contexto de consumo de cafeína, de hasta cuatro veces superior a la dosis tóxica, y pérdidas digestivas. El consumo de cafeína y productos similares, se considera por su fácil acceso como inocuo, pero en este caso se demuestra que un uso sin prescripción médica puede ocasionar graves perjuicios.

P-2519

PICADURA O ALCOHOL

A Egea Huertas (1), M De la Torre Olivares (2),
P Rodríguez Lavado (1), E Pérez Pagán (1), G Alonso Sánchez (2),
N Benítez Samuel (1), C García-Giralda Núñez (2)

(1) Calasparra. (2) Caravaca

PALABRAS CLAVE: antabus-alcohol-interacciones

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 59 años en seguimiento por el centro de salud mental debido a un deterioro del comportamiento por consumo de alcohol con síndrome de dependencia, en cuyo transcurso presentó algunos episodios de recaída ocasional aunque en sus últimas revisiones se había apreciado una notable mejoría clínica. Se encuentra en tratamiento con Mirtazaopina, Acamprosto (con efecto antabus) y Diazepam. Acude traído por el SUAP a la puerta de urgencias hospitalaria porque por la tarde y de forma súbita comenzó con un cuadro de hipotensión arterial marcada de 80/40, eritema generalizado y urticariforme, taquicardia, diaforesis, y malestar general. Refiere haber sufrido una picadura mientras se encontraba paseando por el campo y niega haber consumido alcohol. El SUAP administra 200mg de actocortina y polaramine iv. Llegando a urgencias con constantes estables aunque manteniendo la clínica cutánea. En una primera exploración no se aprecian restos de picadura. Se pasa a camas de observación iniciando tratamiento con hidrocortisona, urbason y polaramine, fluidoterapia y oxigenoterapia consiguiendo la remisión de los síntomas. En las pruebas de orina dio negativo para alcohol, y en una segunda exploración física se pudo valorar una lesión endurecida y dolorosa en región infraescapular izquierda, donde el paciente refería haber sufrido la picadura. Fue dado de alta con diagnóstico de shock anafiláctico de dudoso origen pautando tratamiento con dacortin, ranitidina y ebastel.

CONCLUSIONES:

El shock acetaldéhidico es un cuadro vasovagal similar a una reacción anafiláctica producida por la interacción de alcohol y fármacos como el disulfiram y carbimida, aunque también puede verse en otros como el metronidazol, las sulfonilureas y numerosos antibióticos. Clínicamente se caracteriza por sensación de calor, rubefacción facial en cuello y tronco, ansiedad, náuseas, vómitos, vértigo, dolor torácico y abdominal, disnea, taquicardia, hipotensión y confusión, puede producir crisis convulsivas y arritmias. Tanto el shock acetaldéhidico por una reacción antabus al alcohol como un shock anafiláctico tras la picadura de un insecto pueden llegar a comprometer la vida del paciente y a pesar de que su tratamiento en urgencias sea relativamente sencillo. En cualquier caso, fue grato comprobar que se trataba de lo segundo y no de lo primero, a pesar de los antecedentes del paciente.



CASOS CLÍNICOS

P-2520

TOXICIDAD POR TEJO

P López Tens, A Blanco García, D Fernández Torre, M Andrés Gómez, J Villar Ramos, M Guerra Hernández, M Montes Pérez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: tejo-taquicardia ventricular monorfa-intoxicación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: El tejo es uno de los árboles más longevos y tóxicos del mundo. Muy prevalente en la zona norte de España y utilizado desde tiempo atrás como herramienta autolítica. Todas las partes del árbol son ricas en taxina, taxol y bacatina, excepto la baya roja. La dosis letales de 50-100 gramos de hoja. **OBJETIVO:** La importancia del conocimiento de la toxicidad y complicaciones de posibles tóxicos con mayor prevalencia en área norte de España. **PACIENTE:** Mujer de 50 años sin antecedentes de interés, que acudió a nuestro servicio de Urgencias por palpitaciones y mal estado general de 1 hora de evolución. Refiere episodios autolimitados en días previos coincidentes con la toma de infusiones de tejo. A la exploración física se objetivó una tensión arterial de 90/60, una frecuencia cardiaca de 180 lpm, una temperatura de 36°C, frecuencia respiratoria de 28 rpm y ECG 15. Palidez y sudoración cutánea con una auscultación rítmica, taquicárdica sin soplos. El resto de la exploración anodina. Tras monitorización de la paciente, se observó una taquicardia ventricular monomorfa persistente de 180 lpm. Ante la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se decidió cardioversión eléctrica tras analgesia y sedación, con reversión a ritmo sinusal a 80 lpm. **RESULTADO:** Tras monitorización durante 24 horas la paciente permaneció estable, sin nuevos episodios de arritmia, ni otras alteraciones. Parámetros analíticos sin alteraciones.

CONCLUSIONES:

Es importante conocer la cardiotoxicidad del tejo, que se manifiesta por taquicardias, seguida de bradiarritmias, taquicardias ventriculares o fibrilación ventricular. También puede producir síntomas neurológicos (cefalea, vértigo, mareo, dolor abdominal tipo cólico, hiporexia, náuseas, vómitos) y síntomas neurológicos (cefalea, vértigo, mareo, midriasis, temblor, debilidad muscular, somnolencia, coma). El diagnóstico es clínico, con confirmación mediante la determinación en contenido gástrico, sangre u orina de 3,5- dimetoxifenol. El tratamiento es sintomático y tratamiento de las complicaciones, con una recomendación de monitorización de 24 a 28 horas. El pronóstico y la gravedad varían de la cantidad ingerida de tóxico, teniendo en cuenta que la dosis tóxica es de 50-100 gramos de hoja.

P-2522

INTOXICACIÓN POR VITAMINA D

Z Salmón González (1), M Vieitez Santiago (1), A Aranguren Arostegi (1), AJ Bueno Álvarez (1), A Casal Calvo (1), JA Espinoza Pérez (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (2) Clínica Mompía. Cantabria

PALABRAS CLAVE: hipercalcemia-dolor abdominal-vitamina D

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 93 años institucionalizada sin deterioro cognitivo. Alérgica a Penicilina. HTA, estenosis aórtica, ERC, hipertiroidismo por bocio multinodular con extensión endotorácica, hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo tratada con zoledrónico y cinacalcet por rechazo de cirugía en seguimiento por Endocrinología. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de una semana de evolución con hiporexia, náuseas y astenia. Sin otra clínica añadida y sin fiebre. En exploración física lo único señalable es sequedad de mucosa oral, soplo sistólico aórtico, y un dolor difuso abdominal a la palpación sin peritonismo. Analíticamente presenta Urea 77, Creatinina 1,16, filtrado glomerular 45, sodio normal, potasio 3, calcio 14,2, magnesio 1,3. Hemograma y gasometría venosa normales. Se instaura tratamiento con sueroterapia intensiva, Furosemida 20mg/6h i.v., Metilprednisolona 20 mg/8h i.v., Calcitonina 100 UI/ 1 ml i.v. c/12h, Cinacalcet 30 mg/24h oral, potasio y magnesio oral. A las 18h, en bioquímica de control calcemia de 11,3. Finalmente, se ingresa en M.Interna. Reinterrogando a la paciente, 3 meses antes acudió a revisión en consulta de Endocrino, donde ajustan su tratamiento habitual añadiendo calcifediol 1 ampolla de 0,266 mg a la semana, pero la paciente lo mal interpreta y toma 1 ampolla diaria desde aquel momento. En perfil de ingreso, Ca Ionico normalizado 1.09 mM, PTH intacta total 103 pg/ml, 25-OH-Vitamina D 100 ng/ml. Con estos resultados y la anamnesis, es diagnosticada de hipercalcemia por intoxicación por Vitamina D. A las 48h, la paciente se encuentra asintomática, con normalización iónica al alta.

CONCLUSIONES:

La intoxicación por vitamina D se ha documentado en adultos que toman más de 60.000 UI por día, y casos de hipervitaminosis D debido a errores en la fabricación, formulación o prescripción de vitamina D. Los síntomas más frecuentes de intoxicación aguda se deben a hipercalcemia: confusión, poliuria, polidipsia, anorexia, vómitos, dolor abdominal y debilidad muscular. La intoxicación crónica puede causar nefrocalcinosis, desmineralización ósea y dolor. A pesar de no ser una entidad frecuente en adultos, aquí vemos un ejemplo de la importancia de una buena anamnesis para dilucidar la etiología, comprobando en este caso la toma correcta o no de su medicación.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2526

INTOXICACIÓN GRAVE POR DISOLVENTE INHALADO
COMO DROGA DE ABUSO

P Álvarez López, I Sanz Pérez, A Guillén Del Castillo, M Urquizu Padilla, J Llaneras Artigues, E Mena Muñoz, F Sanpedro Jiménez

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

PALABRAS CLAVE: intoxicación-inhalación-metanol

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 58 años, exusuario de drogas por vía parenteral y exconsumidor de alcohol y cocaína, con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica, cirrosis enólica, VHC y VIH bien controlado, que fue traído a los servicios de urgencias por disminución del nivel de consciencia. Su pareja refirió inhalación de disolvente para pintura de forma habitual con consumo en los últimos 5 días de unos 9 litros por adicción, sin finalidad autolítica. A su llegada a urgencias se encontraba con tendencia a la hipertensión, febricular, deshidratado, agitado y con respiración de Kussmaul. Destacaba a la exploración neurológica midriasis arreactiva, reflejos fotomotores directos y consensuales ausentes, con aparente amaurosis bilateral. El electrocardiograma y las radiografías de tórax y abdomen resultaron normales. Una tomografía craneal descartó complicaciones agudas. En la gasometría venosa se objetivó pH 7.21, pCO₂ 17, EB -21.1, HCO₃- 9.5, lactato 3.5. Osmol GAP 27. Bajo la sospecha de intoxicación por metanol, como componente del disolvente, se inició hidratación intensiva y tratamiento específico de la intoxicación con etanol endovenoso, así como bicarbonato para corrección de la acidosis, tiamina, piridoxina y ácido fólico. Posteriormente se recibieron los resultados de la etanolemia y determinación de tóxicos en orina que fueron negativos, con metanolemia de 0.2g/dl. A pesar de cumplir criterios para la realización de depuración renal artificial, ésta se desestimó dada la buena respuesta al tratamiento instaurado y la reversión de la acidosis. Como secuela irreversible presentó amaurosis bilateral.

CONCLUSIONES:

La intoxicación por metanol inhalado es rara, y la mayoría de los casos se producen en contexto de exposición laboral. El presente caso trata de una intoxicación por inhalación voluntaria como droga de abuso. La toxicidad del metanol se debe a su catabolito, el ácido fórmico. El tratamiento específico de la intoxicación consiste en evitar dicho metabolismo, inhibiendo el enzima alcohol deshidrogenasa (metanol --> formaldehído) mediante etanol o fomepizol, fármaco no aprobado en España, y en la depuración renal artificial en determinados casos. La inhalación de metanol produce síntomas similares a la ingestión del mismo y se debe sospechar en pacientes con amaurosis bilateral, acidosis refractaria y GAP osmolar elevado.

P-2527

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

AM Matas Lara, E Granados Laguna, A Ruiz Domínguez, MD Jiménez Baena, C Cara Ligerio, N Fernández de Cañet Ramírez

Hospital San Agustín

PALABRAS CLAVE: neuroleptic malignant syndrome-neuroleptic drugs-agents, neuroleptic

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 21 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar, según refiere su cuidadora, desde hace cuatro días, rigidez, aumento de temblor, agitación y gritos. Afebril. No refiere otra sintomatología acompañante. Inició tratamiento con Quetiapina hace cuatro días. Entre sus antecedentes personales destaca Corea de Huntington en tratamiento con Carbidopa/Levodopa. Tras la valoración inicial del paciente, tanto la anamnesis como las pruebas complementarias realizadas fueron encaminadas a descartar cualquier foco orgánico que justificara el empeoramiento de su discinesia de base. El paciente fue ingresado en el área de Observación. Se solicitó analítica de sangre, radiografía de tórax y TAC de cráneo. Se pautó Biperideno, con escasa respuesta. Se realizó interconsulta con UCI y con Neurología de nuestro hospital de referencia, decidiéndose traslado e ingreso en este último. Durante el ingreso en observación presentó un episodio de crisis tónico-clónica con escasa respuesta a Biperideno. Los resultados de las pruebas complementarias realizadas fueron normales, excepto leucocitosis, creatinina 3,04 mg/dL, urea 117 mg/dL y CPK 621 U/L. Fue trasladado a Neurología con Tª 37,4°C, TA 99/84 mmHg y FC: 117 lpm. Ingresado en planta presentó fiebre 38°C y varios episodios de distonía. Se pautó Cloruro mórfico, Diazepam y Dantroleno presentando mejoría clínica y hemodinámica. Se realizó EEG, serología, hemocultivos y estudios de LCR que resultaron normales. La función renal mejoró, persistiendo niveles elevados de CPK, con un máximo de 1110 U/L. A los seis días de ingreso el paciente presentó vómitos de coloración oscura y febrícula, falleciendo a las 48 horas. Se mantuvo como probable diagnóstico SNM.

CONCLUSIONES:

La introducción de Quetiapina, coincidiendo con el inicio de la clínica, la supresión del tratamiento habitual al ingreso y la situación basal del paciente pudieron precipitar el desarrollo de un Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM).

- La pauta de Bromocriptina junto con el Dantroleno podría haber estado indicada en este paciente.
- El tratamiento precoz de los pacientes en los que aparezcan efectos secundarios extrapiramidales o autonómicos en relación con el tratamiento neuroléptico y una utilización y dosificación más cuidadosa de este tipo de fármacos contribuirían a disminuir la incidencia de esta entidad clínica.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2530

INTOXICACIÓN POR METANOL. A PROPÓSITO DE UN CASO

MT Sánchez Fernández (1), A Oltra Garay (2), C García Gómez (3),
M Orgambides Domingo (3), MC Vázquez Basallote (3),
MA Bernal Beltra (3), D Vila Martí (4)

(1) Hospital de Sagunto. Valencia. (2) Sagunto. (3) Puerto Sagunto. (4) Segorbe

PALABRAS CLAVE: intoxicación por metanol-metanol-antizol

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 47 años que ingresa por intoxicación metflica. AM: Hipotiroidismo. Pancreatitis de etiología etflica. Tratamiento con Levotiroxina. Paciente es llevada a PU por su hija tras presentar obnubilación, según informa lleva tres días consumiendo alcohol y en el último día alcohol de quemar. Expl.: TA 97/60 mm HG, FC 86 lpm, SP 87%, Glucemia 304, Glasgow 6. MEG, inconsciente, pupilas midriáticas divergentes. Analítica: Se objetiva Acidosis con PH de 6,7 pCO₂ 37,3 mm Hg, HCO₃- 5,4 mmol/L. Lactato venoso 9,7, Tóxicos orina negativos. TAC craneo: sin hallazgos patológicos. Ante la extrema gravedad se procede a la IOT con ventilación mecánica e ingreso en UCI, donde se inicia tratamiento con Bicarbonato y perfusión de etanol. A su llegada a intensivos presenta PCR que recupera tras RCP y adrenalina a los 10 minutos. A las 24 horas presenta muerte encefálica, que tras test de apnea y test de atropina con EEG grado IV confirman muerte encefálica.

CONCLUSIONES:

El metanol es un agente químico de uso industrial que se encuentra en numerosos productos de limpieza, anticongelantes, pinturas y barnices. La intoxicación puede tener lugar de forma accidental o de forma voluntaria como gesto autolítico. Los cuadros de intoxicación por metanol son infrecuentes, pero con una gran morbilidad. La mortalidad permanece hasta el 50% y en los casos no mortales existe una gran cantidad de secuelas neurológicas y visuales incluyendo la ceguera. El antídoto es el Antizol, pero habitualmente no se dispone de él por lo que el tratamiento habitual consiste en la administración de etanol, bicarbonato sódico y ácido fólico intravenoso. El etanol es el principal tratamiento antidótico específico tanto para el metanol como para el etilenglicol. Compite por el lugar activo de la alcohol-deshidrogenasa reduciendo así el acceso del resto de los alcoholes. El nivel de etanol que ha demostrado bloquear completamente el metabolismo de metanol es de 100 mg/dl. Su administración debe continuarse hasta que no se detecte metanol en sangre y la acidosis metabólica se haya corregido.

P-2531

VÓMITOS CRÓNICOS Y DUCHA DE AGUA CALIENTE: SÍNDROME DE HIPEREMESIS CANNABINOIDE, UN CASO EN URGENCIAS

A Von Wernitz Teleki, N Gilabert González, N Labrador San Martín,
M Briega Molina, JV Torres Torres, E de Vega Ríos

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: hiperemesis-cannabis-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 25 años, fumador activo de 20 cigarrillos al día y consumo de cannabis diario desde hace 9 años, sin otros antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos de 3 días de evolución de predominio matutino, que mejoraban notablemente, e incluso que llegan a desaparecer, con baños de agua caliente. El paciente refiere episodios similares desde hace 3- 4 años, habiéndose descartado por parte del servicio de Digestivo patología orgánica mediante ecografía, endoscopia y estudio de emesis. En la exploración física y las pruebas complementarias de Urgencias no se objetivaron hallazgos de interés. Con estos datos el diagnóstico de sospecha era de síndrome de hiperemesis cannabinoide (SHC), por lo que se dio de alta al paciente recomendándole abstinencia absoluta del consumo de marihuana, vigilancia en el domicilio y reevaluación posterior. Tras dos meses, se contacta telefónicamente con el paciente, que refiere desaparición completa de la sintomatología tras haber dejado de consumir marihuana.

CONCLUSIONES:

Con este caso clínico pretendemos promover el reconocimiento del SHC dentro del diagnóstico diferencial de vómitos cíclicos o dolor abdominal crónico en pacientes jóvenes. El SHC debería ser sospechado en pacientes jóvenes con historial de consumo prolongado de cannabis y náuseas, vómitos y/o dolor abdominal recurrentes. En el contexto de la alta prevalencia de uso de cannabis en España, consideramos necesario sensibilizar a los servicios de salud frente a la infradiagnóstico de este síndrome, pues un diagnóstico oportuno evitará exploraciones innecesarias, desagradables para el paciente y costosas para el sistema de salud. Es necesario por tanto una mejor caracterización de los criterios diagnósticos y la realización de más estudios que permitan conocer mejor el mecanismo fisiopatológico por el cual el cannabis induce hiperemesis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2533

UN BODY PACKER EN TREN Y CON CANNABIS

G Martínez Nadal (1), J Marco Hernández (1),
E Bolumburu Aguirre (2), S Fernández (1), P Castro Rebollo (1),
S Nogué Xarau (1)

(1) Hospital Clínic de Barcelona. (2) Hospital Galdakao-Usansolo. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: bodypacker-cannabis-intoxicación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 24 años, marroquí, sin antecedentes conocidos. Es traído a Urgencias en ambulancia bajo sedación con midazolam por haber presentado agitación extrema en la comisaría. La policía refiere su detención en la Estación de Francia (Barcelona) por portar unos paquetitos que describen con forma de bellota. A su llegada a Urgencias PA 135/75 mmHg, FC 90 lpm, afebril y eupneico (saturación O2 basal 98%). Agitación extrema y agresividad. Pupilas isocóricas y medias. No sudoración. Exploración cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin signos de irritación peritoneal y con ruidos peristálticos conservados. ECG en ritmo sinusal sin alteraciones. Rx de abdomen con múltiples imágenes ovaladas, de unos 2 cm de longitud, en todo el marco cólico e intestino delgado, sugestivas de paquetes en un contexto de body packer, sin signos de obstrucción o perforación. Análítica sanguínea sin alteraciones. Benzodiacepinas y cannabis positivos en orina, cocaína, metadona, opiáceos y anfetaminas negativos. Por la anamnesis con la policía, la detección de cannabis en orina, la clínica compatible con intoxicación por esta sustancia y la ausencia de signos de intoxicación por cocaína o heroína, se orienta como probable body packer de cannabis. Dada la ausencia de signos de obstrucción o toxíndrome grave, se decide actitud conservadora, aunque la agitación extrema requiere sedación farmacológica profunda, intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. Se coloca una sonda nasogástrica y se inicia tratamiento catártico con polietilenglicol y eritromicina. Se traslada al Área de Vigilancia Intensiva, donde se retira sedación y se extuba en las primeras 24 horas. A las 24 horas siguientes, por contracción esfinteriana voluntaria que impide la excreción de paquetes, se realiza extracción manual de uno de ellos, cuyo análisis toxicológico confirma el contenido de cannabis. Se mantiene tratamiento laxante y procinético y se inicia una dieta rica en residuos. A los 5 días, después de defecar 124 paquetes y en ausencia radiológica de cuerpos extraños, es dado de alta sin secuelas.

CONCLUSIONES:

El tráfico de cannabis mediante body packer es posible, aunque con menor frecuencia y gravedad que el de cocaína o heroína. En ausencia de complicaciones mecánicas, el tratamiento conservador es de elección.

P-2535

ACUDIÓ VESTIDO DE ROJO

C Viceira Martín (1), E Molina Figuera (2), E Martínez Lorenzo (2),
S Casarrubios Elez (1), S Moreno Ruiz (1), P Ciardo (3),
R Rubio Díaz (3)

(1) Gerencia AP Toledo. (2) Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Toledo. (3) Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PALABRAS CLAVE: toxicity-phenytoine-eosinophilia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 67 años intervenido de astrocitoma anaplásico grado III. Al mes de la intervención acude al servicio de urgencias por exantema de 3 días de evolución asociado a malestar general, hiporexia y leve odinofagia. No fiebre termometrada ni otra clínica reseñable. En tratamiento con Fenitoína 100mg (1comp/12h) de comienzo un mes antes de la consulta y Levetiracetam 500mg (1comp/12h). Cinco días antes de acudir a servicio de urgencias había comenzado tratamiento con Levofloxacin, por hallazgo de estafilococo hominis en acúmulo subcutáneo de LCR, que suspendió por la aparición del exantema. En urgencias se objetiva buen estado general. Temperatura 37.6. Apreciamos exantema maculo-papuloso confluyente de predominio en tronco. En espalda caliente y edematoso con ligera descamación en flancos. Se extrae analítica en la que destaca alteración de perfil hepático con hipertransaminasemia, elevación de reactantes de fase aguda y eosinofilia, datos que orientan a diagnóstico de Toxicodermia Tipo DRESS, probablemente secundaria a tratamiento con fenitoína o levofloxacin (menos probable, por lo que cursamos ingreso en Medicina Interna para tratamiento intensivo y control de evolución. Durante ingreso se realizó Biopsia en formol de muestra cutánea y se reanuda tratamiento con Levofloxacin. Pasada una semana finaliza tratamiento corticoideo. A los 20 días las lesiones desaparecen y se objetiva normalización de datos analíticos. La biopsia confirma infiltrado inflamatorio perivascular con aislados eosinófilos compatible con Toxicodermia.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de DRESS es un cuadro potencialmente fatal aunque poco frecuente. Se caracteriza por la aparición de febrícula, afectación hepática y exantema (a lo que se puede añadir adenopatías y faringitis) a las 2-8 semanas después de haber iniciado un tratamiento farmacológico. Cualquier fármaco puede desencadenarlo aunque los más frecuentemente implicados son los antiepilépticos, el alopurinol y las sulfamidas. Para el manejo del síndrome es necesaria la monitorización en todo momento de la progresión del exantema y de los síntomas clínicos en relación con el órgano implicado. La mayoría de las manifestaciones clínicas se resuelven sin secuelas cuando se suspende el fármaco, sin embargo se ha comunicado una mortalidad de hasta un 10%.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2536

UTILIDAD DE LA RIFAMPICINA EN LOS NIVELES TÓXICOS DE TACROLIMUS

L Galván Espinoza, R Valero San Cecilio, G Fernández Fresnedo,
J Bada da Silva, L Belmar Vega, JC Ruiz San Millán

Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: hepatitis C-tacrolimus-rifampicina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Las interacciones farmacocinéticas por alteraciones del metabolismo son frecuentes y tienen repercusión clínica. Las isoenzimas del citocromo P 450(CYP 450) son unas enzimas microsomales hepáticas oxidasas que desempeñan un papel en la metabolización de fármacos. La rifampicina al inducir el CYP 450/3A es un potente inductor de numerosos fármacos, entre ellos el tacrolimus, lo cual puede hacerla muy útil en casos de niveles tóxicos de tacrolimus. Caso Clínico Mujer de 52 años con enfermedad renal crónica secundaria a hipoplasia renal congénita. Primer trasplante renal fallido por trombosis quirúrgica no inmunología. Segundo trasplante renal con episodio de rechazo agudo tipo III de Banff en el postrasplante inmediato, presentando, casi 13 años después, una función renal estable con una ERC estadio 4, (Creatinina 3 mg/dL, FG CKD-EPI 18-20 mL/min, proteinuria de 2 gramos en 24 horas). Estaba en tratamiento con tacrolimus de liberación retardada y micofenolato mofetilo. Infección crónica por virus de hepatitis C (VHC) genotipo 1 b con carga viral de 680.000 UI/mL y sin cirrosis. Se decide iniciar tratamiento anti-VHC con la combinación a dosis estándar de ombitasvir + paritaprevir + ritonavir, y dasabuvir, manteniendo dosis habitual de tacrolimus. A los diez días la paciente acude al hospital por presentar anuria de 3 días de evolución junto con diarrea importante. A su llegada se objetiva alteración del nivel de conciencia con parámetros analíticos de fracaso renal agudo y niveles de tacrolimus de 290 ng/mL. Se suspenden los antivirales y el tacrolimus. Al día siguiente presenta unos niveles de tacrolimus de 284.7 ng/mL (Ke 0.001, semivida 638horas), por lo que se decide administrar dos dosis de 300 mg de rifampicina cada 24 horas, asistiendo a una disminución progresiva de los niveles de tacrolimus a las 24 horas de la primera dosis de rifampicina de 69.5 ng/mL (Ke 0.05, semivida 11.8 horas) y de 12.7 ng/mL (Ke 0.07, semivida 9.8 horas) tras 24 horas después de la segunda dosis de rifampicina.

CONCLUSIONES:

Se debería considerar el uso de rifampicina en aquellos pacientes con intoxicación grave por tacrolimus y minimizar de esta manera los efectos producidos por niveles tóxicos de dicho fármaco inhibidor de la calcineurina.

A-2454

CASO CLÍNICO DE INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA ATENDIDO EN URGENCIAS

VC Alonso del Rivero Hernández, MN Fernández Díaz, EM Cano Cabo,
B Alba González, P Fernández Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias

A-2457

INTOXICACIÓN ETÍLICA EN UN MENOR

JM Marín Martínez, R Rojas Lúan, A Cantero Sandoval,
ME Torres Marín, P Manzul Rojas, MC Soto Bernal, J Gómez Vargas

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

A-2470

SÍNDROME DE DRESS

GJ Fermín Gamero, J Olsen Triutzi, E Alfaro García-Belenguer,
E Puerto Lara, C Revol, D Baron Benítez

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

A-2482

CONVULSIONES TRAS INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO

E Bellido Pastrana, R Gil Alcaraz, R Sigüenza González

Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz. SCCU-Urgencias

A-2483

TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO Y ACIDOSIS RESPIRATORIA: ¿2 ENTIDADES ASOCIADAS O INDEPENDIENTES?

AF Perea Fernández, J Beteta Moya, MD Fontecha Olid

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2484

CIANOSIS TRAS ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICO TÓPICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO DE METAHEMOGLOBINEMIA

S Alcalde López (1), T Fernández Letamendi (2),
MP Oliete Blanco (3), M Javierre Loris (3)

(1) Hospital de Jaca. Huesca. (2) Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
(3) Hospital Miguel Servet. Zaragoza

A-2496

LOXOSCELOSIS

S Moreno García (1), IE Ferrero Fernández (2), Y García González (3),
P González-Quirós Fernández (3), S Sánchez Menéndez (3),
Z Vázquez Álvarez (3)

(1) Hospital Materno Infantil de Jerez de la Frontera. Cádiz.
(2) Hospital Valle del Nalón. Asturias. (3) Hospital del Oriente de Asturias

A-2499

INTOXICACIÓN POR DIÓXIDO DE AZUFRE: ¿PODRÍAMOS
MEJORAR LA ASISTENCIA?

MP Benítez Moreno (1), M Jiménez Parras (2), MB Nogales Merino (2)

(1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. (2) UGC Urgencias.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

A-2503

CASI AHOGAMIENTO, UNA URGENCIA INMEDIATA

M Moreno Fernández, E Lagares Santana, F Muñoz Lara,
A Martín Páez

Hospital Regional de Málaga

A-2509

ÉPOCA DE RECOLECCIÓN DE SETAS Y SÍNDROME CEREBELOSO

V Molina Samper, A García Arellano, MA Pinillos, B Fernández Esain,
I Visus Fernández de Manzano, A Redondo Arriazu

Hospital de Navarra

A-2514

SHOCK ANAFILÁCTICO EN RELACIÓN CON UN SÍNDROME DE DRESS

MM Padilla Suraña (1), D Fernández Suárez (2),
A Gutiérrez Fernández (2), C Martínez Llana (2), C Gómez Suarez (2),
R Fernández Alonso (2), L Arboleya Álvarez (2)

(1) Hospital Valle del Nalón. Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-2515

INTOXICACIÓN POR ESTRAMONIO

C Alonso Porcel (1), B Pérez Deago (1), A López Alonso (1),
E Prado Fernández (1), M Martínez Ibán (2), L Arboleya Álvarez (3),
P Cuesta Rodríguez (1)

(1) Hospital de Cabueñes. Gijón. (2) SAC Área III. (3) Hospital Valle del Nalón. Asturias

A-2521

ANGIOEDEMA. EFECTOS ADVERSOS DE UN FÁRMACO

L Maraví Álvarez (1), I Adanero Calvo (2), S Solas Ruiz (3),
A Moreno Cereceda (4)

(1) C. S. Iturrana. Pamplona. (2) C. S. Ermitagaña. Pamplona. (3) C. S. Barañain.
Navarra. (4) C. S. Mendillorri. Pamplona

A-2523

DISNEA AGUDA EN EL ENTORNO RURAL:
MÁS ALLÁ DEL BRONCOESPASMO

MB Arellano Cobos, A Aviñoa Arias

Hospital Vega Baja. Murcia

A-2528

EL PELIGRO DE LOS REMEDIOS CASEROS:
INTOXICACIÓN POR AGUA DE ALTRAMUCES

I Solar Gil, L Alonso Bastos, C Jurado Gallardo, B Villatoro Ramírez,
P Privado Martínez, I Miguens Blanco

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2534

ESCOMBROIDOSIS: UNA INTOXICACIÓN POR HISTAMINA

GE Rijo Nadal, A Aldama Martín, A Casal Calvo, P Bermúdez Martí,
A Ukar Naberan, ME Guerra Hernández, A Asturias Saiz

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

P-2543

UNA MALA FRENADA

D Santamaría Amat, M Jimena García, JM Krivocheya Montero,
J Alonso, JT Henche Espinosa, B Corbi Pino

Hospital Comarcal de Melilla

PALABRAS CLAVE: mielopatía-tetraplejía-RM

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés. Es traída a nuestro servicio por accidente de tráfico de baja intensidad sin llegar a producirse choque, sólo frenada a unos 30 km/hora. Iba en asiento de copiloto con cinturón de seguridad puesto y no llegó a sufrir ningún impacto directo. Tras el accidente la paciente refiere incapacidad para movilizar ninguna extremidad así como anestesia infracervical. En la exploración presenta tetraplejía flácida y arreflexia muscular en las cuatro extremidades, signo de Babinski ausente, sensibilidad termo-álgica ausente con nivel sensitivo en tórax anterior en C3-C4. Se solicita analítica completa y radiología simple de columna cervical anteroposterior y lateral sin encontrarse hallazgos significativos. Solicitamos TAC cráneo-cervical que objetiva cambios degenerativos discuales y cervicales, sin líneas de fractura cervical. Ante estos hallazgos se solicita Resonancia Magnética (RM) donde se evidencian protrusiones posteromediales discosteofíticas a nivel de C3-C4 y C4-C5, que causan compresión del cordón medular y de las raíces nerviosas a dichos niveles, acompañados de signos de mielopatía compresiva de C3 a C5. Se trata de una tetraplejía secundaria a mielopatía cervico-artróica agudizada por el traumatismo, iniciamos tratamiento corticoideo a altas dosis y se realiza ingreso en Neurocirugía. Tras laminoplastia por vía posterior, mejora la clínica en el postoperatorio inmediato hasta encontrarse asintomática actualmente.

CONCLUSIONES:

- La tetraplejía se define como la disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva de las cuatro extremidades y suele asociarse a lesión medular en los segmentos cervicales.
- El interés de nuestro caso radica en la baja probabilidad de que accidentes de tan bajo impacto provoque una clínica tan grave.
- La clave diagnóstica asienta en la correcta delimitación del déficit sensitivo y motor mediante la exploración física neurológica y las pruebas de imagen, donde la RM constituye un método eficaz para analizar las lesiones neurológicas.
- El tratamiento corticoideo a altas dosis no ha demostrado mejoría funcional por lo que su uso es controvertido, pero dadas las escasas opciones terapéuticas no quirúrgicas se sigue utilizando de forma generalizada.
- Como urgenciólogos estamos obligados a no infravalorar ningún traumatismo cervical incluso los de muy bajo impacto.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2552

**DOLOR REFERIDO EN ROTURA ESPLÉNICA TRAUMÁTICA.
A PROPÓSITO DE 2 CASOS**

**P Benedé Ubieto, E Sierra Quintana, J Pérez-Nievas, M García Luengo,
F Benjumea Fernández, R Sanmartín Berraquero**

061 Aragón

PALABRAS CLAVE: dolor referido-rotura esplénica-traumatismo

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Exponemos dos casos de pacientes con sendas roturas traumáticas de bazo presentando ambos dolor referido en hemitórax izquierdo y hombro izquierdo respectivamente como signo guía principal. Paciente 1: varón de 16 años que cae al suelo desde una altura de 1 metro (taburete) sobre flanco izquierdo. Traumatismo de baja intensidad. Dolor intenso localizado en parrilla costal alta que no cede con AINES endovenosos y orientado inicialmente como posible fractura costal. No hay en la exploración clínica inicial signos o síntomas que orienten a una fase inicial del shock hipovolémico. Paciente 2: varón de 12 años que sufre traumatismo de alta energía esquiando. Presenta afectación del estado general, dolor en hombro izquierdo que aumenta con la palpación HCl (signo de Kehr) y dolor abdominal mal definido. En la exploración inicial no hay ningún signo o síntoma que oriente a un estadio inicial del shock hipovolémico. Ambos pacientes presentaron rotura esplénica a la exploración TAC. El primer paciente tuvo que ser intervenido quirúrgicamente con esplenectomía urgente y el segundo evolucionó favorablemente con actitud expectante, evitando la extirpación del bazo.

CONCLUSIONES:

- Es necesario sospechar la rotura esplénica en pacientes que han sufrido traumatismo toraco-abdominal, aunque sea de aparente baja energía.
- La existencia de dolor referido en hemitórax y/o hombro izquierdos no es un hecho infrecuente. Puede ser el primer síntoma indicativo de rotura esplénica.
- Este dolor referido puede interferir como un factor distractor en la sospecha diagnóstica inicial.
- Si añadimos el hecho de que en pacientes sanos y/o jóvenes el shock compensado puede estar latente y oculto en mayor medida y durante mayor tiempo que en el resto de pacientes, ambos factores pueden contribuir a un erróneo primer diagnóstico y una incorrecta derivación en pacientes con un riesgo vital potencial importante y subsidiarios de tratamiento quirúrgico urgente.

P-2553

ESTALLIDO DE VAGINA Y BAZO

**JM Marín Martínez, A Cantero Sandoval, R Rojas Lúan,
ME Torres Marín, P Manzul Rojas, JM Martínez Zapata, I Arjona López**
Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: bazo-shock-sepsis o choque

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 37 años remitida de Ginecología tras descartar complicación ginecológica aguda en ese momento para valorar sepsis. Presenta cuadro de dolor lumbar y abdominal asociado a malestar general, desde esa misma tarde. No disnea no dolor torácico, no fiebre ni escalofríos aunque si tiritona. No sd miccional. ANTECEDENTES PERSONALES No alergias No factores de riesgo cardiovascular. Intervenida en la infancia de CIA Alta de Ginecología la mañana del día que consulta por estallido vaginal. LOEs (lesiones ocupantes de espacio) hepáticas pendientes de filiar Sin tto basal EXPLORACIÓN FÍSICA C y O REG TA 115/70 FC 110 lpm FR 12 rpm Tª 36,7°C Sat 100% AC Rítmico sin soplos AP Normal Mama izquierda pétérea, adenopatías axilares. Abdomen no se palpan masas ni megalias doloroso difusamente sin signos de irritación peritoneal EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA Hemogra Hb 7,8 Hb 23,4% plaquetas 654000 leuc 33360 Bioquímica PCR 5,6 resto normal Coagulación INR 1,2 TAC Lesión isquémica en gran parte de lóbulo hepático izquierdo y tronco celiaco escasamente contrastado sugestivo de oclusión-suboclusión. Arteria mesentérica proximal con estenosis luminal y dilataciones aneurismáticas asociadas en su trayecto inicial. Trombosis de la arteria iliaca externa derecha ya presente en el estudio previo JUICIO CLÍNICO Rotura de Bazo Enfermedad neoplásica metastásica probablemente cáncer mama Diagnóstico DIFERENCIAL Se descarta la rotura traumática previa del bazo, porque no existía antecedente de traumatismo, y existía un TAC con bazo normal, tras embolización de la arteria iliaca por la rotura vaginal previa. Durante la intervención presenta gran fragilidad de tejidos con desgarros de los mismo que podría indicar enfermedad para-neoplásica o bien enfermedad del tejido conectivo asociado (Ehlers- Danlos) que podría explicar tanto la rotura uterina como la rotura de bazo posterior (no tenemos confirmación diagnóstica por el exitus de la paciente por complicaciones postquirúrgicas que precisaron reintervenciones).

CONCLUSIONES:

La rotura espontánea de bazo debe considerarse ante pacientes con dolor abdominal y estado de shock Las personas con procesos neoplásicos tienen más facilidad de desarrollar roturas espontáneas de bazo Sd de Ehlers-Danlos, frecuentemente es diagnosticado tras hematomas espontáneos La TAC abdominal es una herramienta muy eficaz para realizar el diagnóstico diferencial de los cuadros de shock.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2554

EVITAR ERRORES EN TRAUMA GRAVE

JM A M, R Molina Ruano, M Liñán López, E Alonso García,
A Pineda Martínez, E Gómez Gómez

Hospital Universitario de Granada

PALABRAS CLAVE: trauma grave-Glasgow-polifracturado

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO CONSULTA: POLITRAUMATISMO ALTO IMPACTO EN ACCIDENTE DE TRAFICO INTRODUCCIÓN Se pone un caso de trauma grave con glasgow 13, en el que la comunicación con el paciente esta muy dificultada y tras centrarse en las posibles lesiones craneales, se pueden descuidar otras zonas u organos dañados. OBJETIVO. Evitar errores en pacientes cuya exploración se vea sesgada por la dificultad en realizar una correcta historia clínica. MATERIAL. Accidente de coche (copiloto y refire con cinturón) dando varias vueltas de campana. En urgencias estable, aunque muy agitada. tóxicos en orina positivo a THC, cocaína y BZD. ESCALA DE GLASGOW. Puntuacion: 13 Respuesta Motora: Localiza dolor Respuesta Verbal: Conversación desorientada Respuesta Ocular: Espontánea Moviliza extremidades, la derecha con dolor clavicular, herida parpado superior izquierdo, moviliza extremidades, pupilas dilatadas, movilidad conservada, reactivas. Tranquila y colaboradora. ACR: rítmica sin soplos roces ni extratonos. MVC con crepitantes medioapicales derechos. No alteraciones caja torácica. Abdomen anodino. Pelvis estable. Dolor a la manipulación acetabular derecha. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. tes + opiaceos y THC, y + debil a COC Y benzodiazepinas. analítica s roja normal. Leucocitos 17 mil con 84% N. Creatinina urea bt y CK normal. K 2,9. coagulacion normal. orina heties + sedimento 387 hties rx cervical y columna dorsolumbar normal. Pelvis rx normal no neumotorax ni derrame pleural. no se ven fracturas costales rx torax. fractura de clavícula derecha, aumento de condensación en pulmon derecho RESULTADOS: TC de cráneo sin contraste iv Pequeño foco contusivo. 8 mm. En un segundo tiempo se realiza Body Tac, en el que se detectan lesiones Contusión pulmonar de LSD y probable broncoaspiración, Mínima cantidad de líquido en Douglas, inespecífico. Trazo de fractura en ala sacra izquierda. Fractura de acetábulo derecho.

CONCLUSIONES:

En pacientes que sufren un traumatismo grave (Una puntuación en el Revised Trauma Score(RTS) menor de 12 puntos. Lesionado por accidente producido a alta velocidad, y especialmente, con dificultad para explicar verbalmente su situación clínica, podemos centrarnos en uno solo de los síntomas o lesiones y pasar por alto lesiones potencialmente graves. En estos casos la realización de un Body-Tac puede estar indicado para evitar errores diagnósticos.

P-2555

APÉNDICE CECAL, NO SÓLO APENDICITIS AGUDA

B García Marina, R Parada López, L Cano Alcalde, C Hidalgo Collazos,
JA Penedo Arrugueta, J Cañizo Canto, C Bibiano Guillen

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: neoplasias del apéndice-dolor abdominal-apéndice

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 56 años sin antecedentes de interés que consulta en urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de 15 días de evolución, más acentuado en los últimos días sin otra sintomatología acompañante. Estable hemodinamicamente, en la exploración dolor localizado en fosa ilíaca derecha con induración en dicha zona y blumberg positivo. Analíticamente PCR de 2 mg/dl, resto anodino. ante sospecha de apendicitis evolucionada se solicita ecografía abdominal que se informa : Masa pélvica de gran tamaño de difícil órgano dependencia, descartar lesión neoplásica primaria o incluso mioma exofítico gigante. Se solicita valoración por ginecología y ante la sospecha de neoplasia ovarica se programa laparoscopia con hallazgos de masa pélvica de superficie lisa con vascularización irregular neoformativa, que ocupa toda la pelvis impidiendo visualización de aparato genital. Implantes tumorales en peritoneo parietal en pelvis y ambos parietocolicos hasta mitad de abdomen. Placas de carcinomatosis en cúpula diafragmática derecha. Informe de anatomía patológica: Adenocarcinoma mucinoso de apéndice cecal con células en anillo de sello, que infiltra ciego e intestino delgado. (pT4b). Metástasis de adenocarcinoma en 3 de 6 ganglios linfáticos aislados (pN1). 7 implantes tumorales (nódulos satélite) en la grasa perivisceral. La paciente es valorada por oncología en donde empieza tratamiento con quimioterapia.

CONCLUSIONES:

Ante un dolor en fosa iliaca derecha siempre tenemos la sospecha de apendicitis aguda, la curiosidad de este caso es que, según la sospecha inicial, se trató de patología apendicular pero no infecciosa como se sospechó inicialmente si no tumoral. No obstante y a día de hoy ante una sospecha de patología apendicular siempre debemos solicitar prueba de imagen que complemente el estudio.



CASOS CLÍNICOS

P-2556

COMPLICACIÓN MULTISISTÉMICA DEL EMBARAZO: HEMOLYSIS, ELEVATED LIVER ENZYMES, LOW PLATELET COUNT. A PROPÓSITO DE UN CASO

FI Téllez Joya, I Simón Prado

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: hemolysis-elevated liver enzymes-low platelet count**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Gestante de 37 semanas, 31 años, multipara y con 2 abortos de repetición en el último año. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal, fundamentalmente en región epigástrica e hipocondrio derecho, vómitos y mal estado general los días previos junto con aumento de peso y edemas en miembros inferiores en la exploración física. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA>140/90 mmHg y proteinuria, creatinina elevada bilirrubina mayor o igual a 1,2 mg/dl, LDH :650UI/L, trombocitopenia (<150x10⁹/L), AST:71UI/L. Se contacta con ginecóloga de guardia la cual tramita el ingreso y realiza cesárea de urgencia. Juicio clínico: Síndrome de HELLP DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: - Hígado graso del embarazo. - Trombocitopenia del embarazo. Otras entidades no relacionadas con el embarazo: púrpura trombocitopénica autoinmune, brote lúpico, síndrome antifosfolípido, síndrome hemolítico-urémico (SHU), púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y algunos procesos infecciosos de hígado y vías biliares.

CONCLUSIONES:

El síndrome de HELLP es una complicación multisistémica grave del embarazo secundaria a una microangiopatía y una respuesta inflamatoria sistémica que aparece sobre todo en el tercer trimestre de la gestación. Constituye la forma más grave de los trastornos hipertensivos del embarazo aunque no siempre cursa con hipertensión. Se caracteriza por afectación hepática, renal, cerebral, hematológica y puede acompañarse de graves complicaciones maternas y fetales. No existe acuerdo general que establezca cuándo es el mejor momento y la vía ideal para interrumpir el embarazo, sin embargo no cabe duda de que la interrupción del embarazo es la parte fundamental del tratamiento.

P-2557

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL EN MUJER EN EDAD FÉRTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

FI Téllez Joya, I Simón Prado

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-embarazo ectópico-diagnóstico**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 28 años de edad, con tres embarazos previos (dos cesáreas). Acudió a urgencias: con dolor abdominal hipogástrico tipo cólico de 7 semanas de evolución, de intensidad leve e irradiación hacia el flanco derecho, concomitante con náuseas. No se observó sangrado vaginal o síntomas urinarios. El tratamiento consistió en tocolíticos (indometacina y nifedipina), analgésicos (metamizol) y antiespasmódicos (butilioscina), pero no fueron efectivos. Los síntomas continuaron intermitentemente durante dos días. Después, la paciente tuvo dolor abdominal intenso de inicio súbito. En la exploración física: Se encontró taquicardia, ansiedad, posición en gatillo, hipertoniá uterina, dolor a la palpación del fondo uterino (principalmente del lado derecho), peristaltismo continuo y signo de rebote positivo, no hubo alteraciones cervicales o sangrado vaginal. Pruebas Complementarias: Ecografía: feto vivo de 21.5 Semanas de gestación, placenta fúndica lateralizada a la derecha y líquido amniótico normal. Hemograma: hemoglobina de 12.2 G/L, hematocrito de 34%, plaquetas de 205,000/mL y leucocitos de 13,400/mL. La laparotomía exploradora reveló: ausencia de hemoperitoneo, apéndice macroscópicamente normal, ovarios y salpinges sin alteraciones, útero con rotación hacia la derecha (dextrógiro), pared íntegra con deformidad del ángulo lateral derecho del fondo uterino (20 cm de diámetro), vasos tortuosos y congestivos en su superficie de menor consistencia que el resto de la pared uterina. Juicio Clínico: Embarazo ectópico angular. Diagnóstico Diferencial: - Embarazo ectópico previo. ? Endometriosis ? Defectos hereditarios en las trompas de Falopio.

CONCLUSIONES:

Después de establecer el diagnóstico de embarazo ectópico angular se realizó la histerectomía en bloque sin complicaciones y con evolución favorable. La paciente regresó seis días después de la intervención quirúrgica en buenas condiciones generales. El embarazo angular es una rara y peligrosa forma de gestación ectópica. Dicha afectación produce elevada mortalidad materna.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2558

SÍNDROME DE SLOTNICK-GOLDFARB CONGÉNITO

I Simón Prado, E Martínez Rodríguez

Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

PALABRAS CLAVE: agenia ovárica-dolor abdominal-diagnóstico laparoscópico**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 19 años que acude a urgencias por dolor agudo de horas de evolución a nivel hipogástrico, que no cede con analgesia domiciliar. Presenta leucocitosis en incremento. Se comenta con ginecología y en ecografía pélvica se evidencia aumento de tamaño de ovario derecho con doppler con disminución de flujo, sin poder identificarse ovario izquierdo. Tras periodo observacional y ante el empeoramiento clínico se decide laparoscopia exploradora por sospecha de Síndrome de Torsión ovárica derecha. Resultados: Durante la Laparoscopia se evidencia ovario derecho aumentado de tamaño, sin aspecto necrótico, con torsión de trompa derecha. No se visualiza trompa izquierda ni ovario izquierdo. Se decide destorsionar la trompa sin extirpar ovario. El postoperatorio fue favorable cediendo el dolor y disminuyendo los niveles de leucocitos. Es dada de alta en 48 horas y los controles posteriores en consulta de ginecología fueron normales, teniendo ciclos menstruales regulares. Juicio clínico: Agenesia de anejo izquierdo y síndrome de torsión anexial contralateral. Diagnóstico diferencial: Quiste ovárico funcional hemorrágico. Torsión de anexo Embarazo ectópico. Rotura quiste ovárico (funcional o neoplásico: dermoide/endome- trioma...

CONCLUSIONES:

La paciente presentaba un síndrome de Slotnick Goldfarb congénito, diagnosticado de forma casual durante la exploración abdominal mediante técnica de Laparoscopia. A su vez, presentaba un Síndrome de Torsión anexial. La rápida actitud intervencionista y la destorsión de este ovario ha permitido a la paciente mantener su vida fértil. La agenesia ovárica unilateral asintomática con o sin trompa homolateral es un hallazgo extremadamente raro (Incidencia es de 1:11240). Hay 2 posibles etiologías: Una por defecto congénito asociado a anomalías de la diferenciación del paramesonefros y otra, por una torsión subaguda del anejo con posterior necrosis del ovario.

P-2561

ROTURA DIAFRAGMÁTICA INDUCIDA POR TOS CON HERNIACIÓN DE VÍSCERAS ABDOMINALES

FD Muñoz Araujo, O Barrenechea Barruetaña, N Gutiérrez Pesquera, O Ercilla Arginzoniz, E Martitegi Albizu

Hospital de Galdakao. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: tos-diafragma-herniación**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos un caso de rotura diafragmática izquierda inducida por tos con herniación de la cámara gástrica hacia el hemitórax izquierdo, desplazando estructuras cardiomedíastínicas hacia la derecha. Se trata de un varón de 69 años, nunca fumador, hipertenso, dislipémico y con asma persistente leve sin reagudizaciones graves. Tratado con antihipertensivos, estatinas y corticoides inhalados. Acude a Urgencias por tos y dolor intenso en hemitórax y flanco izquierdo, expectoración oscura, disnea y sensación febril. Sus constantes eran normales y presentaba buen estado general con disminución de la ventilación en base izquierda en la auscultación pulmonar, y un hematoma en pared costal y flanco izquierdo que achacaba a la fuerte tos. La analítica no mostró alteraciones y en la radiografía de tórax presentaba una elevación del hemidiafragma izquierdo con nivel hidroaéreo, interpretándose el cuadro como una infección respiratoria, ingresando en Neumología y recibiendo antibiótico durante las siguientes 48 horas. Por sospecha de empiema se solicita TAC torácico realizado urgentemente, tras debutar el paciente de forma súbita tras intensa tos, con disnea severa, dolor torácico y saturación parcial de O₂ menor del 80%. En dicho TAC se objetiva rotura diafragmática izquierda con fracturas de los 8º y 9º arcos costales, herniación de la grasa peritoneal y de la cámara gástrica hacia hemitórax izquierdo, rotación y proyección del bazo y desplazamiento de las estructuras cardiomedíastínicas hacia la derecha. Se realiza intervención quirúrgica urgente, laparotomía con abordaje abdominal, reintroduciendo las vísceras en cavidad abdominal y reparando la rotura diafragmática. Ingreso posterior en Intensivos con mala evolución, conexión a ventilación mecánica y desarrollo posterior de síndrome de distrés respiratorio agudo con pronóstico infausto.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente el 1% de las roturas diafragmáticas se presentan de forma espontánea y son atribuidas a varios factores precipitantes: tos, émesis violenta, levantamiento de pesas, partos... Parece improbable que algunas estén relacionadas con defectos diafragmáticos preexistentes. La rotura diafragmática derecha es menos frecuente por el efecto protector del hígado, pero está asociada a una mayor morbi-mortalidad. El retraso en el diagnóstico puede conducirnos, como en este caso, a la aparición de complicaciones severas, como la herniación de vísceras abdominales. El tratamiento siempre es quirúrgico.





CASOS CLÍNICOS

P-2562

IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS ANTE LOS DOLORS BANALES EN FÉMUR

M Sánchez Ruiz, I Moreno Montero, RC Muñoz López, J Paz Galiana, MM Cillero Rodríguez, A Sánchez Valencia, CA Moreno Caycedo

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

PALABRAS CLAVE: fracturas de cadera-anamnesis-bifosfonatos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Introducción Presentamos el caso de una paciente de 72 años que sufrió una fractura de subtrocantérea clasificada como ?atípica? secundaria a estar en tratamiento con fármacos antireabsortivos (bifosfonatos y denosumab), la cual había pasado desapercibida tras varias consultas previas en las urgencias hospitalarias. **Objetivo** Remarcar la importancia en la buena anamnesis del paciente y la relación existente entre los fármacos antireabsortivos y determinadas fracturas de fémur para diagnosticarlas antes de que sean quirúrgicas. **Pacientes y método** La paciente de 72 años con antecedentes de osteoporosis, hipertensión y fibrilación auricular, acudió 2 veces previamente a las urgencias del hospital refiriendo dolor en el muslo izquierdo sin referir traumatismos previos. Se le realizaron radiografías de pelvis y fémur completos sin visualizarse ningún tipo de lesión ósea o de partes blandas y dándose de alta con tratamiento analgésico y reposo. A los 5 meses de la primera consulta, la paciente volvió a urgencias con una franca deformidad en muslo izquierdo y mucho dolor, tras sufrir un traumatismo de mínima energía. Se procedió a realizar radiografías del muslo izquierdo, siendo diagnosticada de una fractura subtrocantérea de cadera e ingresando por parte del servicio de traumatología para el tratamiento quirúrgico de la misma previa estabilización temporal con una tracción transesquelética. **Resultados** La paciente fue intervenida con un sistema intramedular de osteosíntesis con tornillo cefálico a los 48 horas y fue dada de alta a los 4 días postcirugía. La paciente actualmente camina con normalidad y sin dolor a los 7 meses de la cirugía.

CONCLUSIONES:

En la práctica clínica habitual de la medicina de urgencias es muy común la asistencia a pacientes con dolores en miembros inferiores sin antecedente traumático que no suelen tener mayor complicación. Sin embargo, creemos que es necesario tener este caso clínico en mente ante pacientes en tratamiento con estos fármacos tan comúnmente usados en la actualidad para el tratamiento de la osteoporosis. De este modo, seremos capaces de diagnosticar y sobre todo poner en alarma al servicio de traumatología para que realice el tratamiento preventivo correcto y así evitar una intervención quirúrgica.

P-2563

Y ADEMÁS EL CORAZÓN PARTIÓ

J Rodríguez Albo, S Gayol Huerga, J Rebollar Andrés, M Santos Orus, JM Santos Escudero, A Cieza Rivera, M Iglesias Vela

Hospital de León

PALABRAS CLAVE: aorta torácica-rotura de aorta-insuficiencia aórtica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: Las lesiones traumáticas de aorta se pueden producir por mecanismos de tracción, torsión y fuerzas hidrostáticas que crean una diferencia en la desaceleración de las estructuras torácicas, esto se produce en accidentes de tráfico con alta velocidad, accidentes de aviación o caída desde grandes alturas. Ocurren con mayor frecuencia en la aorta torácica descendente, a nivel del istmo aórtico. La aorta ascendente a nivel de la raíz es la segunda localización más frecuente (8%), asociándose con frecuencia a desgarro de la válvula aórtica. **OBJETIVO:** El traumatismo torácico severo puede afectar al corazón y/o los grandes vasos, habitualmente por deceleración rápida o aplastamiento. La mortalidad es elevada a corto plazo, siendo fundamental un diagnóstico precoz. **PACIENTE:** Varón de 48 años, asintomático previamente desde el punto de vista cardiovascular. Tras precipitación voluntaria desde un 4º piso es diagnosticado en el Servicio de Urgencias de varias fracturas costales y traumatismo facial. **RESULTADOS:** Ingresa en la planta de Cirugía Máxilofacial por requerir osteosíntesis y reducción Lefort II. Se realiza traqueotomía preoperatoria presentando posteriormente cuadro de insuficiencia respiratoria por lo que se procede a su traslado a UCI. Se solicita realización de ecocardiograma transesofágico que objetiva insuficiencia aórtica severa y disección de aorta ascendente, motivo por el que es valorado por el Servicio de Cirugía Cardíaca para corrección quirúrgica de su cardiopatía.

CONCLUSIONES:

La insuficiencia aórtica es una complicación rara del traumatismo torácico cerrado, generalmente por rotura aislada del velo no coronario. Su presencia requiere cirugía precoz.



CASOS CLÍNICOS

P-2564

CUANDO LA FUERZA ME ACOMPAÑE

MA Callejas Montoya (1), AR Lindo Noriega (1), JL Sánchez Rocamora (1), G Fuentes Rodríguez (1), I Mora Escudero (2), L Moreillo Vicente (3), F Gómez Pérez (3)

(1) Hospital de Villarrobledo. Albacete. (2) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (3) Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: compresión-medular-paresia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 58 años con antecedentes de EPOC tipo enfisema fumadora activa y síndrome ansioso en tratamiento. Acude a urgencias hasta en 3 ocasiones por presentar debilidad en miembro inferior derecho. Refiere traumatismo costal días previos así como incontinencia urinaria progresiva desde entonces. No presentó fiebre ni clínica infecciosa a ningún nivel. En la exploración llama la atención la presencia de hipoestesia y fuerza disminuida a nivel proximal (2/5) de miembro inferior derecho así como Babinsky bilateral y ROTS disminuidos. En rx de columna dorsolumbar existe aplastamiento de L1 ya presente en rx previas. Ante la sospecha de cuadro medular, se comentó el caso con neurocirugía quien recomendó realización de RMN urgente confirmándose afectación de cuerpos vertebrales D6-D7-D8 D11 y L1, sin poder descartar que se correspondan a lesiones metástasis, con compresión medular a nivel D6-D7. Se realizó laminectomía D6-D7 enviando muestra a anatomía patológica que hablan de fracturas de etiología osteoporótica.

CONCLUSIONES:

La compresión medular es una entidad cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son claves para evitar un daño neurológico severo e irreversible. Presenta una incidencia de hasta 5% en pacientes con cáncer. Entre sus múltiples causas podemos encontrar fracturas vertebrales de origen osteoporótico, oncológico, secundario a metástasis o autoinmunes. La historia clínica y la exploración física son esenciales para la orientación diagnóstica, confirmándose finalmente mediante la utilización de RMN urgente. La columna torácica es la más afectada (59-78%) seguida de la lumbar (16-33%) y la menos dañada cervical (4-15%). El dolor suele ser el síntoma más precoz y frecuente, que aumenta progresivamente en función del tiempo y severidad del caso. La afectación motora suele preceder a la sensitiva hasta llegar a la parálisis e incontinencia esfinteriana. Un tratamiento individualizado y precoz es primordial, para ello el uso de corticosteroides con radioterapia y/o cirugía son las opciones más frecuentemente utilizadas.

P-2565

SÍNCOPE

L Mihaita Román, Y Aranda García, N Díaz García, M Alonso Gregorio

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

PALABRAS CLAVE: síncope-aneurisma-aorta

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 81 años, acude al SU, por un episodio de pérdida de conocimiento, antes de iniciar la defecación. El paciente, refiere dolor abdominal en meso-hipogastrio, no irradiado, de gran intensidad, previo a la caída. Durante la exploración y estando incorporado a 60°, el paciente presenta un nuevo episodio de mareo con desconexión del medio, y TA de 80/50. El paciente se recupera rápidamente al volver a pasar a decúbito supino. Antecedentes personales: FRCV Exfumador. TBC a los 20 años. EPOC severo tipo enfisema. No intervenciones quirúrgicas. IABVD. ALÉRGICO AL PARACETAMOL Tratamientos Previos: OCD 16 horas 1.5 lpm, Salmeterol/Fluticasona 25/250, Bromuro de Ipratropio Salbutamol EXPLORACION FISICA TA: 90/71 mmHg Mínima 40/20 mmHg en ambulancia Tª: 35,7 °C FC: 87 lpm FR: 20 rpm SO2: 97% con O2 en GN a 2 lpm Consciente y orientado. Deshidratación importante. Tórax: MVC en ambos campos pulmonares. AC: rítmico, no se auscultan soplos Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, donde se palpa masa. MMII: pulsos pedios presentes, no edemas, no signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIA Gasometría arterial: PO2 105 mmHg con O2 a 2 lpm pH 7,34 PCO2 36 mmHg HCO3- 19,4 Lactato 1,5 mmol/l BIOQUIMICA: Glu: 183, Crea: 0,65, Na: 134, Cl: 106, K: 4,5, Troponina: 0, Perfil hepático normal. HEMATIMETRIA: Hb: 11, Leuc: 15100, Pla: 225000, COAGULACION: INR: 1,13, T.Cef: 29,5sg, Fib.: 735,5, Ante la sospecha de aneurisma de aorta roto, se estabiliza al paciente y se solicita AngioTAC de abdomen. Imagen redondeada de hasta 7 cm que parece depender de la arteria hipogástrica derecha, con contenido denso en su interior e imágenes hipodensas periféricas adheridas a la pared, en relación con aneurisma de arteria hipogástrica con trombo mural. Aorta abdominal con múltiples placas de ateroma calcificadas, sin datos de disección en el estudio actual.

CONCLUSIONES:

Los aneurismas aislados de las arterias ilíacas son infrecuentes. En su mayoría suelen estar asociados a un aneurisma de la aorta abdominal. La clínica puede variar desde ser asintomáticos, a generar compromiso de estructuras adyacentes por efecto masa, o compromiso hemodinámico por rotura. El diagnóstico se realiza a partir de la sospecha clínica y confirmación con la realización de un AngioTAC. El tratamiento es quirúrgico mediante colocación de endoprótesis.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2566

AMYAND. ¿HERNIA, OBSTRUCCIÓN, APENDICITIS?

AM García Arellano, FJ Lucas Lerga, A Ibarra Bolt, Y Encina Aguirre,
JA Hernández Galán, MA Leza Acha

Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: apendicitis-hernia-Amyand

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 80 años que acude por un cuadro de dolor abdominal, distensión, náuseas, vómitos e hipo de 5 días de evolución. No vómitos ni deposición con antecedentes de estreñimiento pertinaz y no presenta antecedentes de intervenciones quirúrgicas. En la exploración silencio auscultatorio, dolor difuso a la palpación y empastamiento en flanco derecho. Hernia crural derecha dura e irreducible. Analítica leucocitosis con desviación izq y lactato aumentado. El RX de abdomen niveles hidroaéreos y asas de intestino delgado. Tras ser valorado por cirugía se decide entrada a quirófano para resolución de la hernia incarcerada. Tras intervención se encuentra una hernia crural con una apendicitis flemosa dentro del saco herniano.

CONCLUSIONES:

La hernia de Amyand es una patología poco frecuente que consiste en una hernia inguinal o crural que se incarcerationa y arrastra dentro del saco herniano una asa de intestino y el apéndice produciendo isquemia de la misma y evolucionando a una apendicitis que queda encubierta por el mismo saco herniano dando una clínica de hernia incarcerationa u obstrucción.

P-2567

AL SEGUNDO TAC VA LA VENCIDA...

C Herranz Martínez, J Del Castillo Nos, S Vert García, L Espuís Albás,
M Arranz Betegón, MV Duran Ruiz

Hospital de Viladecans. Barcelona

PALABRAS CLAVE: ruptura espontánea-vejiga-peritonismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 47 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de interés: Cólicos nefríticos, Histerectomía, ooforectomía derecha y linfadenectomía por Neoplasia de útero en 2004. Fistulectomía vésico-vaginal en 2011. Pielonefritis aguda en febrero 2016. Derivada de otro hospital por pielonefritis aguda, en tratamiento con Ceftriaxona. La paciente refiere dolor abdominal tras ingesta enólica importante, con vómitos de pequeña cantidad. No síndrome miccional ni otra sintomatología. En exploración inicial destaca dolor en hipogastrio con puñopercusión lumbar bilateral negativa. Se solicita: - Analítica: leucocitosis 27000 ui/mL con neutrofilia del 93%. Función renal alterada (creatinina 1.3 y Filtrado glomerular 48.5%). - Sedimento orina patológico (incontables leucocitos, nitritos positivos) - Ecografía reno-vesical: Aumento de ecogenicidad focal cortical del riñón derecho. Vejiga poco valorable por escasa repleción. Pequeña cantidad de líquido libre en hipogastrio-fosa ilíaca derecha. A pesar de analgesia, persiste dolor intenso en hipogastrio, se realiza Tomografía computerizada (TC) abdominal que descarta pielonefritis ni complicaciones asociadas. Valorar posible enteritis-ileitis inespecífica. Se amplía cobertura antibiótica con Imipenem. Tras observación la paciente presenta abdomen en tabla y febrícula. Mejoría de leucocitosis con lactato normal, aunque PCR elevada. Segundo TC abdominal: abundante uroperitoneo secundario a lesión en pared vesical posterior. Se realiza sondaje vesical con disminución del urinoma, por lo que no se realizó drenaje intraperitoneal. A las 24 horas, por persistencia del dolor, se realiza nuevo estudio mediante TC abdominal: importante disminución de la cantidad de líquido libre. Se desestima nuevamente colocar drenaje. Ingresa en urología, con buena evolución clínica, pendiente de tratamiento quirúrgico definitivo.

CONCLUSIONES:

La rotura vesical idiopática (tras el abuso de determinadas drogas y en ausencia de traumatismos o maniobras iatrógenas) es una entidad muy poco común y de difícil sospecha diagnóstica. En la mayoría de los casos ocurre en vejigas con patología previa y la extravasación suele ser intraperitoneal, por la mayor debilidad de la cúpula. El diagnóstico se basa en la cistografía retrógrada, siendo necesario el tratamiento quirúrgico definitivo en la rotura intraperitoneal. En nuestro caso, el sondaje vesical produjo una disminución del urinoma, evitando el drenaje intraperitoneal urgente.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2568

POLITRAUMA Y ANEMIA HEMOLÍTICA

Y Encina Aguirre, FJ Lucas Lerga, A Ibarra Bolt, MA Leza Acha,
AM García Arellano, JA Hernández Galán

Complejo Hospitalario de Navarra

PALABRAS CLAVE: anemia-hemolisis-politrauma

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 40 años con antecedentes de hepatitis B y VIH que acude por accidente de tráfico (copiloto) de alta energía que acude tras haber sido desencarcerada durante mas de una hora. A su llegada presenta dolor abdominal difuso y en parrilla costal izq baja. Se encuentra hemodinámicamente estable con un lactato normal, buen nivel de consciencia. Se realiza analítica, EKG, Pan-TAC donde no se observa ninguna patología ni lesión. Se administra sueroterapia, calentamiento progresivo, analgesia y se decide dejar a la paciente en observación 24 h para repetir exploración y analítica. La paciente se encuentra asintomática pero en la analítica de control a las 4 horas aparece una anemia de HB: 4 (partiamos de 11). Se reexplora a la paciente no observandose signos de sangrado externos ni internos y se repite pruebas de imagen siendo negativas. se comienza con transfusión sanguínea. La paciente continua estable hemodinámicamente. Se decide realizar estudio de anemia completo en donde se observa un coombs + y parece que se trata de una anemia hemolítica.

CONCLUSIONES:

La anemia hemolítica tiene varias etiología pero una de ellas es la asociación al VIH en etapas tardías. Habitualmente la etiología asociada a esta patología suele ser multifactorial por infecciones concomitantes, supresión de médula ósea por efecto secundario de fármacos antiretrovirales ect... En este caso tras haber descartado todas las causas de anemización secundarias a un posible sangrado por su traumatismo se decide estudio en donde se observa una prueba de coombs + y se decide realizar estudio completo y descartar que sea secundario a la toma de medicación para su VIH. Se observa que se trata de una anemia hemolítica por anticuerpos fríos que se caracteriza porque dichos anticuerpos se unen a la membrana de los eritrocitos y se activan a bajas temperaturas. En este caso se sospecha que fueron activados por el largo tiempo que permaneció la paciente expuesta a temperaturas bajas durante la extracción.

P-2569

ÍLEO BILIAR. UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA

JM Aguilar Mulet, I López Isidro, E Bermejo Marcos,
J Delgado Valdueza, S Arbesu Sirvent, A Correa Bonito, R Campos

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-gallstones-intestinal obstruction

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 80 años con antecedentes personales de epilepsia, cáncer de próstata tratado con cirugía, radioterapia y hormonoterapia sin datos de actividad y portador de prótesis de cadera bilateral por artrosis. Consulta por cuadro de vómitos (10-20 diarios) de 9 días de evolución, dolor epigástrico y mesogástrico con sensación de distensión abdominal. Ha tomado buscapina para el dolor. A la exploración física deshidratado, abdomen distendido sin ruidos ni peritonismo. Análisis de sangre: leucopenia 2460, glucosa 241 mg/dL, urea 135 mg/dL, sodio 129 mEq/L, bilirrubina total 1,28 mg/dL, gasometría venosa con pH 7,50, bicarbonato 30, EB 8, lactato 2,1 mmol/L. Resto de análisis, incluyendo perfil hepático, sin alteraciones. Radiografía de abdomen patrón en pila de monedas. Radiografía de tórax infiltrados en ambas bases compatibles con proceso inflamatorio/infeccioso. Evoluciona de forma rápida a shock distributivo iniciando tratamiento antibiótico de amplio espectro, sueroterapia intensiva, y solicitando TC abdominal que es informada como vesícula biliar de pequeño tamaño con una pequeña litiasis y una burbuja de aire en contacto con el duodeno y que podría ser explicada por la presencia de una fístula duodeno-vesicular. Presencia de múltiples litiasis en el interior de las asas de intestino delgado, produciendo una de ellas obstrucción de un asa de íleo a nivel de la fosa iliaca derecha (íleo biliar), así como infiltrados por aspiración en ambas bases pulmonares. Se realizó intervención quirúrgica urgente. El posoperatorio inmediato estuvo marcado inicialmente por la situación respiratoria, presentando un cuadro de distrés que evolucionó finalmente de forma desfavorable, falleciendo en el posoperatorio.

CONCLUSIONES:

1) El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la colelitiasis. Supone el 0,1-5% de todos los casos de íleo mecánico. 2) Es una urgencia quirúrgica cuya mortalidad continúa siendo muy elevada (15-18%), probablemente en relación con la elevada comorbilidad que frecuentemente presentan estos pacientes y/o el habitual retraso en el diagnóstico que suele producirse en esta patología. 3) El diagnóstico clínico suele ser difícil siendo esencial el apoyo de las pruebas de imagen, fundamentalmente la TC cuya imagen conocida como triada de Rigler's (litiasis biliar ectópica, obstrucción intestinal parcial o completa y aerobilia) es patognomónica.





CASOS CLÍNICOS

P-2570

ABSCESO LUMBAR

L Sánchez Amo, M Quero Escalada, LP Hernández Castells, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

PALABRAS CLAVE: apendicitis-presentación atípica-psoas abscess

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 27 años que acude a urgencias por tumefacción y dolor progresivos en región lumbar derecha de un mes de evolución. Empeoramiento en la última semana con aparición de fiebre de hasta 39°C. En EF destaca tronco hacia adelante y zona en región lumbar derecha dolorosa, hiperémica y con aumento de temperatura local de 10x8cm sin fluctuación. En analítica destaca PCR de 18,95 mg/dl, leucocitos de 22.800 y 2% de cayados. Avisan de radiología por presencia de grandes abscesos en musculatura paravertebral derecha. TAC abdominopélvico con contraste iv: Múltiples abscesos en musculatura paravertebral derecha, posas iliaco derecho y musculatura lateral del abdomen. Cambios inflamatorios en retroperitoneo adyacentes al ciego con apéndice aparentemente normal, en probable relación con cambios inflamatorios por contigüidad. Tras iniciar antibioterapia con piperacilina/tazobactam se decide intervención quirúrgica urgente. - Tiempo lumbar: Guiado por ecografía se identifica absceso en flanco/lumbar derecho con salida de abundante contenido purulento. -Tiempo abdominal: Plastrón abscesificado con apéndice inflamada incluida en dicho plastrón. Imposible abordaje laparoscópico, con LMSIU, hemicolectomía derecha con resección de parte del plastrón, anastomosis L-L biplano. El paciente permaneció 7 días ingresado con defervescencia, descenso de RFA y buena evolución.

CONCLUSIONES:

La apendicitis aguda es la mayor causa de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico. El pico de mayor incidencia es durante la segunda y tercera décadas de la vida y es rara en menores de 5 o mayores de 50 años. Más frecuente en varones. La frecuencia de síntomas atípicos puede llegar, incluso a 44,6%, circunstancia que retrasa el diagnóstico. Las causas más frecuentes de cuadros atípicos son: Edades extremas, pacientes medicados con analgesia o antibióticos o apéndice de localización atípica. En el caso presentaba localización retrocólica, debido a la protección del ciego suprayacente no suele haber rigidez muscular abdominal ni dolor a la palpación profunda. El posas suele estar irritado y originar flexión de la cadera y aumento de dolor con la extensión. Suele presentar dolor en zona lumbar derecha. Puede ocasionar fascitis necrotizante retroperitoneal que debido a la sintomatología inespecífica suele diagnosticarse con retraso, lo que aumenta la tasa de mortalidad.

P-2571

RAO + DOLOR ABDOMINAL EN ADOLESCENTE: ¡¡CUIDADO!!

P Valdres Carroquino, A Moreno Juste, MM Jiménez Casado, B Sierra Bergua, FJ Ruiz Ruiz, J Navarro Calzada, ME Navarro Aguilar

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: hematócolpos-amenorrea-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

El himen imperforado es una malformación vaginal poco común. Su frecuencia es de 0.7/1,000 mujeres. Este tipo de alteraciones se suele manifestar durante la adolescencia. El himen imperforado es el defecto más simple que resulta en amenorrea primaria. Puede asociarse a dolor pélvico cíclico y masa perirectal con secuestro de sangre en la vagina (hematócolpos). El diagnóstico se realiza mediante el examen físico y es fácil de corregir con cirugía. Se presenta el caso clínico de una adolescente con amenorrea primaria, dolor abdominal agudo y hematócolpos secundario a himen imperforado. Mujer de 15 años de edad, sin presencia de menarquia, con historia de haber presentado durante el último año dos cuadros de retención aguda de orina, valorada en Urgencias donde únicamente se realizó vaciamiento vesical con sonda,. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso, mal estado general y RAO de ocho horas de evolución. A la exploración física destaca abdomen aumentado de tamaño, a tensión, doloroso a la palpación superficial, con globo vesical, tras ser sondada se practicó ecografía que demostró líquido en vagina, sugestivo de hematócolpos y fué remitida a Ginecología donde evidenciaron introito vaginal con himen imperforado a tensión. La paciente fué intervenida bajo anestesia general, practicando incisión en estrella del himen, drenando 400 mililitros de material achocolatado bajo control ecográfico, la vaginoscopia e histeroscopia, corroboraron la integridad vaginal y uterina. La paciente cursó con adecuada evolución durante las primeras horas del postoperatorio, retirando la sonda vesical a las 24 horas sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

El himen imperforado es una entidad poco frecuente, su diagnóstico puede ser complejo, por lo que debe sospecharse en las adolescentes cuando cursen con RAO, dolor abdominal hipogastrio y amenorrea, es fundamental la exploración física cuidadosa para no retrasar el diagnóstico, aplicando el tratamiento quirúrgico oportuno y evitando así las complicaciones.



CASOS CLÍNICOS

P-2572

JUGANDO, JUGANDO, TE VAS DESANGRANDO

P Gómez Santos, N Ruiz Huarca

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

PALABRAS CLAVE: splenic rupture-chest pain-abdominal injuries

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 31 años que acude a urgencias por dolor intenso periumbilical irradiado a epigastrio y región centrotorácica de características pleuríticas. Hace 48 horas leve traumatismo en hipocondrio derecho jugando con su hija. Exploración física: Buen estado general. Normoperfundido. AP Resp:MVC en ACP, dolor a la palpación en HCDº y epigastrio sin irritación peritoneal. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Pruebas Complementarias: ECG: Normal, Radiografía tórax: Normal. Analítica: Hemoglobina 15.1. Elevación transaminasas. Perfil pancreático, enzimas cardíacas, Dímero D normales. No aumento reactantes fase aguda. Se mantiene en Observación siendo re-evaluado, analíticamente Hemoglobina 11.6, resto sin cambios. Persiste dolor intenso con Murphy positivo, por lo que se solicita ecografía abdominal sospechando patología biliar, la cual finalmente se amplía con TAC abdominal confirmando rotura esplénica grado V. Dado que el paciente se encontraba en shock hemorrágico se decide cirugía urgente laparoscópica con evacuación del hemoperitoneo y esplenectomía. Estudio posterior: Serologías negativas. Autoinmunidad negativa. Ecografía y TAC abdominal sin otras alteraciones. Hipertansinemia se relaciona con consumo de alcohol.

CONCLUSIONES:

Se concluye que la ruptura esplénica se produjo por el traumatismo recibido como única posibilidad causal, excluidas las demás. La causa más frecuente de la ruptura esplénica es un traumatismo. La ruptura esplénica atraumática es infrecuente, siendo sus seis principales causas: - Neoplasias (leucemia, linfoma..) (30%) - Infecciones (mononucleosis, CMV, VIH, endocarditis, malaria) (27%) - Enfermedades inflamatorias (pancreatitis crónica, amiloidosis primaria) (20%) - Drogas o tratamientos (anticoagulación, diálisis..) (9%) - Causas mecánicas (embarazo, hipertensión portal, esplenomegalia congestiva..) (7%) - Idiopática (7%) Las manifestaciones clínicas habituales son dolor abdominal superior o izquierdo, malestar, vómitos, peritonismo y shock hemodinámico progresivo. La evaluación inicial de un paciente con sospecha de ruptura esplénica debe ser la misma que para cualquier paciente traumatizado. El diagnóstico se establece con TAC abdominal. La ecografía FAST es útil en pacientes hemodinámicamente inestables. Los pacientes hemodinámicamente inestables requieren de una exploración quirúrgica de urgencia, con posibilidad de esplenectomía. Sin embargo, los pacientes hemodinámicamente estables con lesiones esplénicas de bajo grado pueden ser candidatos al tratamiento no quirúrgico, siendo necesaria la monitorización y angioembolización si se dispone de ella en el centro.

P-2573

SANGRADO INTRACRANEAL TARDÍO EN PACIENTE CON TRAUMA CRANEAL LEVE, TOMOGRAFÍA INICIAL NORMAL Y SIN FACTORES DE RIESGO HEMORRÁGICO

A Sánchez Canto, A García Olloqui, M Genebat González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: trauma craneal-tomografía-sangrado tardío

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 74 años sin alergias conocidas, hipertensa, hipotiroidea e intervenida de prótesis de rodilla como antecedentes personales. Acude a Urgencias tras ser agredida en su domicilio 3 horas antes, refiere golpes en la cabeza y estrangulamiento, no sabe si pérdida de conocimiento, recuerda todo lo sucedido. Presenta herida con pérdida de sustancia occipital. A la exploración está consciente y orientada, colabora sin presentar déficits neurológicos groseros. Tendencia al sueño con apertura ocular rápida a la llamada. Cefalea de predominio occipital, náuseas sin vómitos. Estabilidad hemodinámica. Pruebas complementarias: tomografía cráneo cervical: sin lesiones óseas ni intracraneales. Analítica: bioquímica y coagulación normales, hemograma con leucocitosis reactiva, Hb 7,8 microcítica e hipocroma. No otras alteraciones. Dado la sintomatología y el mecanismo lesional, se decide ingreso en Observación tras sutura de scalp occipital por parte de Neurocirugía, para control analítico y de síntomas. En control analítico Hb 6,2, se decide transfusión de 3 concentrados de hematíes. Se mantiene tendente al sueño aunque con buena respuesta, cefalea, náuseas con buena tolerancia oral y estable hemodinámicamente. Tras más 36 de horas de evolución y control analítico con Hb 10,5, clínicamente sigue igual, tendente al sueño sin ser capaz de mantener sedestación por lo que se realiza nueva tomografía craneal, en la cuál se evidencia hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo y edema circundante con una ocupación de 4cm, sin efecto masa y pequeño hematoma subdural tentorial izquierdo. Se solicita valoración por Neurocirugía, que desestima intervención y dado que la paciente ya ha sido evolucionada, propone el alta a domicilio a la familia, aunque finalmente consensuan ingreso en planta para control de síntomas, donde permanece 10 días sin incidencias y sin necesidad de ningún tratamiento extra.

CONCLUSIONES:

El sangrado tardío en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve y tomografía craneal inicial normal es excepcional, más si cabe cuando el paciente no presenta trastornos de coagulación ni toma fármacos que la alteren. La singularidad del caso no indica que los protocolos actuales de atención al trauma craneal leve deban ser modificados, pero sí que es una complicación a tener en cuenta y que las recomendaciones al alta deben ser seguidas.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2574

TRAUMATISMO EN MANO CON SIERRA RADIAL

AM Nieto Huertos, M Vaquero Barrón, L Hernández Hernández,
L Benavente Gajate, I González Mendía, R Casado Remesal

Servicio de Urgencias Virgen de la Concha. Zamora

PALABRAS CLAVE: traumatismo-herida-mano

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Las lesiones en el dorso de la mano son frecuentes en el Servicio de Urgencias de un Hospital. El trauma de la mano puede comprometer vasos, nervios, músculos, tendones, huesos o articulaciones. La mayoría de lesiones tendinosas extensoras son susceptibles de reparación primaria. La exploración de este tipo de lesiones debe realizarse de una manera rápida y sistemática. Una lesión en cualquiera de los sistemas mencionados debe ser rápidamente diagnosticada y tratada, de no ser así incrementa la morbilidad, empeorando el pronóstico de la mano afectada. Se recomienda la revisión quirúrgica de heridas en esta región en el momento agudo con aprovechamiento del acto de sutura bajo anestesia local y evitar futuras complicaciones a corto y largo plazo. Se expone un Caso Clínico: Varón de 37 años, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalario por accidente producido con una sierra radial, produciéndole una herida amplia inciso contusa en el dorso de la mano izquierda que le impide la movilidad metacarpo falángica, con exposición de parte de tendones extensos del 4º y 5º dedos y porciones óseas del 5º metacarpo. En el Servicio de Urgencias se estabiliza al paciente con analgesia opioide, se inicia tratamiento antibiótico con 2gr de Amoxicilina-Clavulanico, protección gástrica y profilaxis antitetánica. Se realiza exploración de la herida y sistemática de tendones. Se programa para quirófano urgente, adelantando el diagnóstico que se confirma posteriormente: Fractura del quinto metacarpiano, con sección de tendones exteriores de 4º y 5º dedos de la mano izquierda. Se comprueba relleno capilar adecuado de todos los dedos y pulso cubital. La sensibilidad se comprobó adecuada en la primera cura. Se aportarán imágenes de la herida inicial y después de la reconstrucción.

CONCLUSIONES:

Las lesiones agudas de la mano plantean problemas importantes al médico de Urgencias encargado de su tratamiento inicial, su decisión tiene influencia para el resultado funcional final. El tratamiento en el Servicio de Urgencias implica: control de la hemostasis, prevención de la infección con lavado mecánico de arrastre bajo anestesia, restablecimiento de una circulación aceptable, alineación adecuada de las partes óseas, y la reparación de heridas.

P-2575

ANEURISMA FEMORAL TROMBOSADO CON EMBOLIZACIÓN DISTAL

I Ponce García, J Monedero La Orden, C Gandía Navarro,
EC Gómez Cuenca, C Alfaro Gómez, MA Divisón Hernández,
D Caldevilla Bernardo

Hospital General de Almansa. Albacete

PALABRAS CLAVE: aneurisma-isquemia arterial aguda-arteria femoral

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 90 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica crónica, que acude al servicio de Urgencias porque hacia unas 3 horas había comenzado de forma brusca con dolor en miembro inferior izquierdo irradiado desde región inguinal a pie. En la exploración física: regular estado general, afectado por dolor, sequedad de piel y mucosas, hemodinamicamente estable y presentaba una masa pulsátil en región inguinal izquierda con pulso poplíteo palpable pero con ausencia de distales, además el pie izquierdo presentaba frialdad pero con relleno venocapilar positivo, y la movilidad estaba conservada. La Analítica urgente no mostraba alteraciones de interés. Ante estos hallazgos clínicos se solicita Angio TC aorta abdomino-pélvica urgente que evidenciaba elongación y dilatación difusa de aorta toracoabdominal, dilatación aneurismática de la arteria iliaca común izquierda con imagen compatible con pseudoaneurisma y aneurisma de arteria femoral izquierda de 4 cm parcialmente trombosado. El paciente fue trasladado a nuestro hospital de referencia, siendo intervenido de urgencia a las 24 horas por isquemia arterial aguda en miembro inferior izquierdo, realizándose disección de aneurisma de arteria femoral común izquierda y bypass femorofemoral corto en arteria femoral común con prótesis y embolotomía hasta región intermaleolar. El diagnóstico final fue Aneurisma femoral parcialmente trombosado con embolización distal.

CONCLUSIONES:

La patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido, así como de la instauración temprana de su tratamiento.



CASOS CLÍNICOS

P-2576

ESTÓMAGO INTRATORÁCICO COMO CAUSA DE DOLOR PRECORDIAL

P Pardo Rovira (1), E Tejero Sánchez (1), S Sánchez Sánchez (1),
S Gutiérrez Gabriel (1), M Quero Escalada (1),
E Collada de La Fuente (2), MJ Domínguez García (1)

(1) Hospital de Fuenlabrada. Madrid. (2) C. S. Almendrales. Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor-tórax-hernia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 42 años con obesidad, dislipemia y hernia de hiato, que acude a urgencias por dolor súbito, epigástrico de gran intensidad, tras ingesta alimentaria no copiosa, irradiado a región dorsal, cervical e interescapular, acompañado de náuseas sin capacidad de vomitar. Estable hemodinámicamente, afebril. Afectado constantemente por dolor intenso. ACP: Normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo, sin soplos. Pulsos en 4 extremidades. Pruebas complementarias: EKG: Sin alteraciones, analítica (perfil hepático, pancreático, cardíaco y DD) sin alteraciones. Ante la sospecha de patología aórtica se solicita angio-TC torácico que muestra gran hernia de hiato mixta (14x16x17 cm) con ascenso de la unión gastroesofágica y herniación del fundus (ampliamente distendido con contenido alimentario y nivel hidroaéreo) y una gran parte del cuerpo gástrico. Se avisa a Cirugía General, que coloca SNG, sin mejoría. Doce horas más tarde se realiza exploración por laparoscopia visualizando gran hernia de hiato tipo III con gran componente para-esofágico posterior y estómago completamente herniado en cavidad torácica, sin datos de isquemia optándose por tratamiento quirúrgico mediante disección y resección de saco herniario, reducción de estómago a cavidad abdominal, abdominalización del esófago y funduplicatura de Nissen. Alta hospitalaria 3 días después.

CONCLUSIONES:

La hernia hiatal gigante con estómago intratorácico es poco frecuente. Predomina en pacientes añosos y obesos. Habitualmente se asocian a rotación gástrica y pueden complicarse con vólvulos, perforaciones u obstrucciones gástricas. Se clasifican en: Tipo 1 (95%): Hernia hiatal por deslizamiento (unión esófago-gástrica desplazada hacia el tórax) Tipo 2: Hernia hiatal paraesofágica. Cardias y unión esófago-gástrica debajo del diafragma. Tipo 3: Hernia hiatal mixta, con componente por deslizamiento y paraesofágico. Hernia grande, asociada a rotación gástrica. Tipo 4: Hernia tipo 3, con herniación de otras estructuras abdominales. Clínicamente son variadas: asintomáticos, RGE, retención de alimentos y aire en el estómago herniado con distensión del órgano, vómitos y dolor torácico. En caso de hernias complicadas con vólvulo gástrico agudo, los síntomas incluyen dolor torácico intenso o epigástrico de aparición súbita, náuseas, incapacidad de vomitar o de pasar una sonda naso-gástrica (triada de Borchardt). En caso de gangrena y perforación del estómago herniado, complicaciones como mediastinitis o peritonitis. En RX pueden manifestarse como masas mediastínicas incidentales proyectadas detrás del corazón, en mediastino posterior. En TAC se caracteriza la anatomía y define el tipo de hernia y descarta complicaciones. El tratamiento es quirúrgico siendo urgente en caso de complicaciones.

P-2577

DORSALGIA COMO SÍNTOMA DE EMBOLISMO METASTÁSICO Y SÉPTICO

A Huesa Perales, A Krompiewski Fernández, D Díez Herrero,
M Bru Macià

Hospital Universitario San Juan. Alicante

PALABRAS CLAVE: dorsal-pain-embolism

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 62 años, alérgica a betalactámicos e hipertensa. EPOC en tratamiento con broncodilatadores. Acude por dorsalgia derecha de un mes de evolución que no responde a antiinflamatorios y relajantes musculares. Presenta mal aspecto general. Se palpa masa escapular de 7 cm, dolorosa y de bordes mal definidos. Dada la evolución tórpida, se solicita ecografía que describe tumoración de partes blandas, de contenido líquido y diámetros de 7,5 x 2,5 cm, profunda a musculatura paravertebral. Se solicitó analítica que mostró 17,000 leucocitos con 77% de neutrófilos y Proteína C Reactiva de 9,64 mg/dl. Se inició tratamiento con ciprofloxacino 400 mg y 1g de Vancomicina. El escaner de extensión describió la masa como absceso y múltiples nódulos pulmonares cavitados sugestivos de émbolos sépticos metastásicos con riñón y glándula suprarrenal derechos con áreas hipodensas y afectación del espacio perirrenal. Se realizó PAAF de la masa dorsal con resultado de metástasis por carcinoma de diferenciación escamosa. Dada la sepsis de foco renal con diseminación hematogénica, se realizó nefrectomía derecha, objetivándose una masa renal adherida a peritoneo y músculo psoas. Durante el ingreso, presentó disnea de reposo con desaturación y mal control algico sin posibilidad de recibir tratamiento quimioterápico. Tras 30 días de ingreso, la paciente fallece.

CONCLUSIONES:

La frecuencia de dorsalgias evaluadas en los servicios de Urgencias es alta y, en su mayor parte, de causa mecánica. Sin embargo, el sistema musculoesquelético es la tercera localización de metástasis después de los pulmones y el hígado, cuyo origen primario se encuentra en mama, pulmón, riñón y sistema hematopoyético. El reto consiste en realizar un diagnóstico diferencial haciendo hincapié en los síntomas de organicidad, especialmente en caso de refractariedad al tratamiento para detectar de forma precoz, cuadros que revistan mayor gravedad y puedan ser subsidiarios de tratamiento curativo. La misión del médico de Urgencias consiste en intentar discernir qué dorsalgia es puramente mecánica de cuál es síntoma de un síndrome más complejo, lo cual no siempre es fácil debido al curso subclínico y/o atípico de algunas patologías que hacen que, en el momento del diagnóstico, éstas estén en estadio avanzado.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2578

LUMBALGIA DE CAUSA INUSUAL

A Albiñana Fernández, A Mercado Pardo, P Romero Crespo, R Carbonell Vaya, JL Berlanga González, C Orti Montañana

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

PALABRAS CLAVE: angiomiolipoma renal-lumbalgia-embolización

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 70 años, con antecedente de hipertensión arterial que acude por clínica de dolor lumbar derecho irradiado a vacío derecho súbito e intenso sin otra semiología asociada. En el examen físico destaca palidez y sudoración con constantes conservadas. Analíticamente presenta leve hematuria en el sedimento de orina siendo normal la analítica sanguínea. Se solicita Ecografía urgente evidenciando la presencia de una lesión hipodensa renal, que se completa con una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, mostrando una lesión compatible con angiomiolipoma del riñón derecho con sangrado activo que genera hematoma extenso hasta el psoas. Se decide dada la estabilidad hemodinámica, realizar embolización arterial selectiva tras contactar con radiología intervencionista, logrando el control del sangrado y la resolución del cuadro clínico.

CONCLUSIONES:

La presentación del angiomiolipoma renal como un hematoma retroperitoneal espontáneo es infrecuente. El urgenciólogo debe tener la sospecha diagnóstica ante todo cuadro de intenso dolor lumbar, aún en ausencia de hematuria macroscópica u otro síntoma urinario. El manejo de los angiomiolipomas depende del contexto clínico en el que se presentan: Los asintomáticos diagnosticados de manera incidental requieren seguimiento periódico pero, los que son de crecimiento rápido, de tamaño mayor a 4 cm o asocian dolor por hemorragia masiva serían indicaciones de tratamiento quirúrgico. En el caso de tumores sintomáticos en pacientes hemodinámicamente estables, la embolización arterial selectiva ha resultado ser la mejor terapia.

P-2582

LUXACIÓN DE LISFRANC ESPONTÁNEA

J Amor Valero, N Zarzuelo Martín, G Guillén Alfaro, S Sirbu, P Pirogov, A Novoa Pérez, B Borraz Espejo

Hospital Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

PALABRAS CLAVE: dolor-diabetes mellitus-metatarso

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Dolor en pie derecho. Antecedentes personales: - Diabetes Mellitus tipo 1 con mal control metabólico y presencia de complicaciones metadiabéticas con neuropatía distal en tratamiento con insulina y análogos de GLP 1. - Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico - Obesidad grado 3 - Hipotiroidismo - Hiperuricemia sin episodios de gota. Enfermedad actual: Mujer de 56 años que acude a urgencias por deformidad y dolor en pie derecho con el apoyo, de 2 días de evolución con aparición de prominencia ósea en cara interna del pie. El cuadro se inició bruscamente sin claro antecedente traumático. La paciente refiere acorchamiento en región distal del pie desde el inicio de los síntomas y disminución de sensibilidad táctil de larga evolución en ambas extremidades y plantas de los pies. Exploración física: Consciente, orientada, buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Pie derecho con deformidad a nivel de articulación tibioastragalina con desviación de retropié hacia cara interna, presencia de reborde óseo en cara interna de pie y pérdida de bóveda plantar. No presenta lesiones cutáneas. Radiografía de pie: - Imagen compatible con luxación de Lisfranc. Juicio clínico: Dolor en pie izquierdo secundario a luxación de Lisfranc sin antecedente traumático. Evolución: Se comenta caso con traumatología quien inicialmente procede a reducción cerrada de la luxación y posteriormente a fijación de articulación con agujas en quirófano.

DISCUSIÓN:

La luxación de Lisfranc es una lesión por pérdida de unión articular o fractura de los elementos osteotendinosos de la articulación tarso metatarsiana. En la práctica clínica habitual de esta lesión suele existir un antecedente traumático claro. La peculiaridad del caso es la ausencia de este factor predisponente. En este contexto clínico, la lesión podría ser una manifestación de la neuropatía diabética que secundariamente a la afectación neurológica sensitiva (con disminución de sensibilidad para pequeñas lesiones, heridas y traumatismos leves) y motora (con fenómenos de atrofia muscular por afectación de los nervios motores y la disfunción autonómica que puede existir en casos de neuropatía avanzada) ha podido favorecer la alteración articular del pie.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2585

CERVICALGIA, ¿SE TRATA SIEMPRE DE UNA CONTRACTURA?

F Muñoz Lara, E Lagares Santana, M Moreno Fernández

Hospital Regional de Málaga

PALABRAS CLAVE: dolor de cuello-contractura-hematoma epidural**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 55 años con antecedentes de fibrilación auricular y hepatopatía crónica en tratamiento con Diltiazem, Digoxina, Omeprazol, y Apixaban 5. Acude a urgencias por dolor cervical de unos 10 días de evolución, sensación de mareo y náuseas. A la exploración dolor en región laterocervical bilateral con los movimientos con fuerza y sensibilidad conservadas. Se administra metamizol intramuscular y es dado de alta con diagnóstico de contractura cervical. Al día siguiente consulta por persistencia del dolor y debilidad en miembro inferior derecho así como dificultad para orinar. A la exploración destaca hemiparesia derecha de predominio crural con hipoalgesia en hemicuerpo derecho con nivel sensitivo D3-D4 y en abdomen se palpa globo vesical. Se procede a sondaje y se solicita analítica completa donde destaca TP del 58% y TAC de cráneo sin hallazgos. Se interconsulta con Neurología y con sospecha de mielopatía aguda se solicita RMN de columna cervical urgente donde se observa colección convexa de morfología epidural que se extiende de C3 a C7 de 51x13,5x9,3 mm. El paciente es ingresado en neurocirugía. Se interviene quirúrgicamente para evacuación del hematoma y se suspende anticoagulación. Al alta mejoría pero persiste hemiparesia derecha y no control de esfínteres permaneciendo sondado y es derivado a rehabilitación. Se suspende apixaban y se pauta enoxaparina hasta reinicio de anticoagulación según valoración por su cardiólogo.

CONCLUSIONES:

El hematoma epidural espinal es el más frecuente entre las hemorragias espinales. Existen numerosas etiologías (cirugía, traumatismos, anticoagulación, malformaciones arteriovenosas, embarazo, procesos hematológicos y punción lumbar). Se describen como de intenso dolor de espalda y puede estar seguido de una parálisis progresiva por debajo del nivel afectado. La decisión de tratamiento conservador o quirúrgico debe estar basada en la gravedad de los déficits neurológicos y en su velocidad de instauración. Cuanto menos graves sean los síntomas prequirúrgicos mayores son las probabilidades de una recuperación completa. El rápido manejo mediante cirugía descompresiva puede lograr buenos resultados neurológicos. En revisiones sistemáticas no se han encontrado diferencias significativas en el resultado neurológico comparando el tratamiento conservador versus quirúrgico, aunque la tendencia general es intervenir a pacientes con deterioro neurológico importante durante las primeras horas.

P-2587

SHOCK HIPOVOLÉMICO TRAS FIBRINOLISIS Y TROMBECTOMÍA POR CÓDIGO ICTUS

M Genebat González, A Sánchez Canto, A García Olloqui,
H García-Delgado Rosado, R Bellido Alba, R Dusseck Brutus

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: fibrinólisis-shock-código ictus**HISTORIA CLÍNICA:**

Varón 71 años, sin AP interés. Acude a urgencias porque tras levantarse bien comienza con imposibilidad para hablar y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, lo que motiva caída y trauma en arcada costal izquierda. A su llegada a urgencias se objetiva buen nivel de conciencia, comprende órdenes, desviación oculocefálica, PFSN izquierda. Claudican miembros izquierdos. Escala NIHSS 8 puntos. Se activa código ictus y se realiza TAC craneal: hipodensidad en núcleo lenticular, insula y caudado y en AngioCT se observa oclusión de ACI derecha y M1. Ante estos hallazgos se inicia fibrinólisis con rTPA, en bolo seguido de perfusión continua. Se indica trombectomía, previa administración de AAS 250 mg IV. Se implanta stent en ACI derecha. Se objetiva fenómeno de retrombosis y se administran 6 cc de abciximab. Al salir del procedimiento comienza con malestar e hipotensión (70/40) seguida de PCR-AESP (Actividad eléctrica sin pulso), midriasis bilateral arreactiva. Se procede a sedoanalgesia, IOT y reanimación con fluidoterapia intensiva + adrenalina endovenosa, sin masaje cardíaco ya que en capnógrafo se detectaba CO₂ espirado. Se realiza eco-FAST, observando líquido libre intraabdominal y objetivando contractilidad miocárdica conservada. En gasometría venosa se objetiva hemoglobina 5 gr/dl, ph 6.9, lactato 9.3. Se activa protocolo de transfusión masiva y se mantiene fluidoterapia intensiva, logrando TAS > 90 mmHg y recuperando pulso femoral. Se realiza AngioCT abdominal: fracturas costales izquierdas, sangrado a nivel del hilio esplénico y laceración renal con sangrado activo. Se traslada a sala de radiología vascular procediendo a embolización de arteria renal izquierda y arteria esplénica. Una vez completado el procedimiento y confirmada estabilidad hemodinámica lograda con las medidas anteriormente descritas, se traslada a quirófano para esplenectomía y nefrectomía izquierda.

CONCLUSIONES:

1. Antes de activar código ictus, descartar lesiones traumáticas asociadas que pueden empeorar con el uso de fibrinolíticos y comprometer la vida del paciente a corto plazo. 2. Ante PCR de origen traumático es imprescindible descartar causas reversibles de la misma (en este caso, la hipovolemia). 3. La detección de CO₂ espirado y de contractilidad miocárdica en ecocardiografía son indicadores de presencia de circulación, lo que permite demorar el inicio de masaje cardíaco externo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2588

OMALGIA CRÓNICA QUE OCULTABA SORPRESA

I Arnanz González, M Jurado Otero, M Pérez Álvarez, B Fraiz Muñoz,
J Alonso Fernández

(1) Hospital Infanta Leonor. Madrid. (2) C. S. Daroca. Madrid.

(3) C. S. Valdebernardo. Madrid

PALABRAS CLAVE: omalgia-tumor neuroendocrino-artropatía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

90 años, hipertensa e hipotiroidea, diagnosticada de un tumor sólido-quístico de cuerpo de páncreas compatible con tumor neuroendocrino, no confirmado con histología (tratamiento conservador). Probable mieloma múltiple sin estudio. Poliartrosis con rotura de los tendones de los rotadores bilaterales con seguimiento en Traumatología que ha realizado infiltraciones durante años, la última hace un mes con ácido hialurónico. No deterioro cognitivo, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude a Urgencias por aumento de tamaño progresivo de ambos hombros a raíz de última infiltración, con aumento del dolor. No traumatismo. No fiebre. No afectación de otras articulaciones. Llama la atención tumefacción importante bilateral de predominio en hombro izquierdo. Derrame a tensión muy doloroso a la palpación y con la movilización del hombro. No se palpan estructuras óseas anatómicas. Trama neovascular en la cara lateral de predominio en hombro izquierdo. No datos de celulitis. Impotencia funcional por dolor. Resto de la exploración por aparatos sin alteraciones. Se solicita analítica sanguínea para descartar complicación tras múltiples infiltraciones, no mostrando leucocitosis, PCR 5.6, hemoglobina de 9.9 (similar a previas), sin otras alteraciones. Descartada celulitis o artritis séptica, se decide pedir nuevas radiografías (a pesar de múltiples estudios previos). Se evidencia lesión lítica bilateral de ambos acromion más avanzada en hombro izquierdo. Comentado con Traumatología se decide intento de artrocentesis, extrayéndose hemartros a tensión de 10 cc aproximadamente. Dada la impotencia funcional y tratándose de una mujer independiente se decide completar estudio con RMN confirmándose la existencia de lesiones de partes blandas en ambos hombros que infiltran ambas clavículas de probable origen metastático, actualmente pendiente de comité para realizar cirugía paliativa dado el deterioro en su calidad de vida.

CONCLUSIONES:

La omalgia de evolución crónica es una patología frecuente en los servicios de urgencias. Por norma general tras una exploración diagnóstica básica, la aproximación terapéutica debería ser básicamente conservadora, y los resultados suelen ser buenos a medio plazo. Ante un paciente con hombro doloroso debemos distinguir inicialmente las causas relacionadas propiamente con la articulación (las más frecuentes) de otras patologías que producen dolor referido a esa zona (extrínsecas) dónde incluiríamos las metástasis.

P-2589

TRAUMATISMO TORÁCICO TRAS SÍNCOPE DE REPETICIÓN

M Genebat González, H García-Delgado Rosado, R Bellido Alba,
A García Olloqui, A Sánchez Canto, I Pérez Torres,
E Chinchilla Palomares

H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE: síncope-traumatismo torácico-aneurisma aórtico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 59 años, hipertenso. Acude a Urgencias por caída y contusión en hemitórax derecho tras síncope. Refiere otro síncope el día previo y un episodio, 6 meses antes, de dolor torácico transfixiante. A su llegada presenta buen estado general y constantes vitales normales. En sala de radiología presenta nuevo episodio sincopal, con traumatismo sobre el hombro y hemitórax izquierdo, con súbito empeoramiento clínico. En sala de emergencias: mal estado general, sudoroso, 45 rpm, saturación O₂ 90%, disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. TA 100/70, FC 120 lpm. Gasometría venosa: pH 7.2, lactato 3.4, pCO₂ 63. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico, derrame pleural dcho, fractura de 6º arco costal izquierdo, neumotórax izquierdo. Se procede a oxigenoterapia con mascarilla reservorio e inserción de catéter de drenaje pleural izquierdo. Tras drenaje del neumotórax izquierdo el paciente mejora desde el punto de vista respiratorio pero continua, a pesar de fluidoterapia, con hipotensión arterial. En Rx de tórax de control del drenaje pleural se objetiva resolución del neumotórax izquierdo pero aumento del derrame pleural derecho. Dados los antecedentes de cuadros sincopales de repetición y los hallazgos radiológicos, se sospecha que el cuadro actual es un nuevo síncope secundario a una posible rotura aórtica espontánea. Se realiza TAC toracoabdominal con contraste, objetivándose aneurisma de aorta torácica descendente de 62 mm de diámetro, con rotura contenida a mediastino, hematoma mediastínico retrocardial y hemotórax derecho, neumotórax izquierdo parcialmente resuelto, fractura de 6º arco costal izquierdo. Se inicia transfusión de hemoderivados y el paciente es valorado por Cirugía Vascular, quienes indican cirugía urgente: se colocan dos endoprótesis telescópicas de distal a proximal desde por encima tronco celiaco hasta salida de arteria subclavia izquierda.

CONCLUSIONES:

- El síncope es una entidad clínica muy prevalente en los Servicios de Urgencias. - Ante todo traumatismo secundario a síncope es fundamental, además del diagnóstico de las lesiones traumáticas, el diagnóstico diferencial del cuadro sincopal. - La prueba de elección ante sospecha de síndrome aórtico agudo es el angio-TAC con contraste intravenoso. - El tratamiento de elección de la rotura de aorta torácica descendente, tanto espontánea como traumática, es la colocación de una prótesis por vía endovascular.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2592

CUIDADO CON LAS LUMBALGIAS. LO FUNDAMENTAL DE LA BUENA EXPLORACIÓN

MC Bermúdez Hernández (1), M Yus López (1), L Del Valle Monje (1), C Quispe Martínez (1), I Hernández Muñoz (1), M Mestre Lucas (2), A Roca García (2)

(1) Fundación Jiménez Díaz. Madrid (2) Hospital de Villalba. Madrid

PALABRAS CLAVE: lumbalgia-déficit neurológico-signos de alarma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 72 años, argentino que vive desde hace 10 años en España, jubilado, trabajo como comercial, exfumador, hipertenso en tratamiento. Acude a urgencias por cuadro de 15 días de evolución de dolor dorsal importante, que su médico de familia intentaba controlar con segundo escalón de analgesia. Episodios previos leves. A la llegada a urgencias, apofisalgia en D8 y resto sin alteraciones. Se mantiene en urgencias para control del dolor, utilizando hasta tercer escalón de analgesia. Mientras estaba pendiente de la realización de radiografía el paciente presenta déficit. Se re-explora al paciente: Nivel sensitivo: D10 por debajo hipoestesia termoalgésica y anestesia de sensibilidad posicional. Motor: 0/5 cadera, 0/5 rodilla, 0/5 tobillo izquierdo, 3/5 flexión dorsal de tobillo derecho, 3/5 en primer y segundo dedo de pie derecho. RCP flexores. Reflejos patelares +++, aquíleos 0. Globo vesical. Se realiza RNM COLUMNA DORSAL urgente. (se dispone de imágenes) Conclusiones: Compresión medular grado 3 a nivel D8, producida por probable neoplasia ósea primaria dependiente de lámina derecha. Se avisa a neurocirugía de guardia, y se realiza intervención urgente: descompresión intracapsular y posteriormente laminectomía solo derecha y resección de apófisis D8, rodeando tumor. AP intraoperatoria: tumor cartilaginoso. Condrosarcoma G2. AP definitiva: Condrosarcoma de grado 2. Un mes y medio de ingreso con buena evolución. Posteriormente el paciente se le ha prescrito 25 sesiones de RT. Mejoría del balance motor, hasta llegar a moverse con andador, no consigue coordinación completa, movimientos atáxicos. Portador de sonda vesical. Sigue con el tratamiento de manera ambulatoria.

CONCLUSIONES:

- Lumbalgia: Anamnesis y buena exploración es fundamental. Y conocer signos de alarma para continuar con estudio.
- Es importante conocer la indicación de prueba de imagen.
- La vigilancia, observación y la rápida detención de déficits, mejoran el pronóstico.
- Lumbalgia: manejo de fármacos para control del dolor

P-2593

VARÓN DE 72 AÑOS CON CEFALEA Y VÓMITOS

N Atienzar Herraiz (1), A Beltrán Sánchez (2), M Valiente Bayarri (1), G Huerta Rubio (1), G Hernández Comes (2)

(1) Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva, Valencia. (2) Hospital Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: disfagia-cefalea-Ludwig

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 72 años, diabético y fumador que consulta por cefalea holocraneal, náuseas, vómitos, otalgia bilateral y disfagia. A la exploración clínica destaca: afebril, normotenso, buen estado general, eupneico y por aparatos en el área ORL apertura oral de 2 cm, sialorrea, edema de lengua con movilidad limitada y empastamiento del suelo de la boca con tumefacción submandibular bilateral que se extiende a región cervical. Se solicita analítica completa objetivando una PCR de 198 mg/L. Diagnóstico diferencial: La cefalea y la disfagia son causas frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre causas de cefalea secundaria y de disfagia orofaríngea (infecciones, neurológicas y orgánicas). Se solicito TAC craneal para descartar causas secundarias de cefalea que precisaran tratamiento urgente, sin hallazgos significativos. Ante la exploración ORL se solicita TC Cervical con contraste que muestra masa heterogénea en la línea media del suelo de la boca, en profundidad a los genioideos, que alcanza la base de la lengua de bordes anfractuados de 35X34X15 mm compatible con absceso en suelo de la boca-base de lengua. Asocia adenopatías de características inflamatorias a nivel cervical II-A, II-B, III y IV bilaterales de predominio izquierdo. Diagnóstico final: Angina de Ludwig En el área de observación de urgencias se inicia, tratamiento analgésico, corticoides intravenosos, fluidoterapia y antibioterapia con monitorización continua. Es valorado por otorrinolaringología, realizando drenaje quirúrgico.

CONCLUSIONES:

La Angina de Ludwig constituye una celulitis rápidamente progresiva potencialmente fatal, que compromete bilateralmente a los espacios submaxilar, sublingual y submentoniano con rápida diseminación por continuidad, donde el compromiso de la vía aérea constituye la principal causa de muerte. Existen factores de riesgo (caries, traumatismo, diabetes mellitus, inmunosupresión o alcoholismo) que predisponen a esta infección. El diagnóstico está basado en criterios fundamentalmente clínicos (fiebre, taquicardia, protusión de lengua, elevación del suelo de la misma e induración a la palpación, dolor cervical anterior y trismus). Debe ser realizado lo más precoz posible para evitar las complicaciones y disminuir la morbimortalidad, siendo fundamental la actuación del médico de urgencias en la detección precoz y manejo inicial.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2594

CUERPO EXTRAÑO INTRAARTERIAL

A García-Perla García (1), E Chinchilla Palomares (1), JM Jiménez Martín (1), C Jiménez Carrasco (2), MR Ramírez Balas (3), P Conde Hernández (1), H García-Delgado Rosado (1)

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. (2) Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. (3) Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla

PALABRAS CLAVE: EPI-perforación-femoral

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 27 años que consultó en Urgencias porque durante el transcurso de una sesión de electrólisis percutánea intratisular (EPI) para el tratamiento de una tendinopatía de cadera izquierda, se partió la aguja quedando alojada en cara interna del muslo izquierdo. El paciente no aquejaba parestesias ni calambres en el miembro inferior izquierdo, aunque sí molestias que se agudizaban con la movilización de dicha extremidad. Ante la anamnesis referida por el paciente, se solicita radiografía anteroposterior y oblicua de cadera izquierda para visualización y localización del cuerpo extraño, apreciándose una aguja a unos 4 cm del plano cutáneo y que, aparentemente, estaba incluida en la cápsula articular. Se contactó con Cirugía Ortopédica y Traumatología, que tras balance de riesgo/beneficio de la extracción, se decidió dejar evolucionar y citar en una semana para valoración de la evolución. El paciente consultó, de nuevo, a los 3 días por aumento del dolor y comienzo de parestesias y calambres a nivel inguinal, por lo que se decidió la realización urgente de tomografía axial computerizada (TAC) para valorar la localización de la aguja. La TAC mostraba el extremo superficial de la aguja en el espesor del músculo ileopsoas, a unos 3 cm del plano cutáneo y su extremo profundo atravesaba la arteria femoral común izquierda, sin evidencia de colecciones hemáticas ni pseudoaneurisma. Por tanto, el diagnóstico fue de perforación iatrogénica de la arteria femoral común izquierda. Ante los hallazgos de la TAC, se contactó con el Servicio de Cirugía Vascular, que decidió intervención quirúrgica urgente y se procedió a la extracción de la aguja de electroestimulación, de unos 10 cm de longitud, que atravesaba la arteria femoral común por debajo del ligamento inguinal izquierdo.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los cuerpos extraños enclavados en el tejido subcutáneo se resuelven de forma espontánea. Otros, requieren extracción instrumental. Son pocos los que ocasionalmente pueden migrar a través de los tejidos y hacerse sintomáticos después de un tiempo. El caso que presentamos representa una evolución poco frecuente en este tipo de afección: migración y enclavamiento del cuerpo extraño en la arteria femoral común.

P-2596

MUJER DE 81 AÑOS QUE CONSULTA POR DOLOR EPIGÁSTRICO

AJ García Buigues, M Fornas Castelló, R Hernández Sánchez, P Pastor Roca, N Rebollo Lillo, A Romero Romero, M Rosales Maestre
Servicio de Urgencias Hospitalarias. Hospital Marina Baixa. Alicante

PALABRAS CLAVE: hernia interna-obstrucción intestinal-isquemia intestinal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 81 años, hipertensa, cardiópata, sin antecedentes quirúrgicos. Presenta dolor epigástrico de 3 horas de evolución, cólico, intenso, irradiado intermitentemente a espalda, náuseas sin vómitos y una deposición normal. Afebril, normotensa, normocoloreada y normohidratada, con abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y en hipocondrio derecho, sin masas palpables, sin timpanismo, con ruidos intestinales presentes. Pulsos periféricos positivos y simétricos. Analítica: hemoglobina 13.1 g/dL, pH venoso 7.45, pCO₂ 29, bicarbonato real 20.2 mmol/L, ácido láctico 4.3 mmol/L, resto, normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 65 lpm. Radiografías de tórax y abdomen, anodinas. Ecografía abdominal: quistes parapiélicos en riñón izquierdo, sin otras alteraciones. Tras mejoría inicial con analgésicos, presenta agudización del dolor con distensión abdominal. Se realiza TC abdominopélvica: dilatación de asas yeyunales con abundante contenido líquido, líquido libre perihéptico, periesplénico, en gotiera paracólica izquierda y en Douglas, defecto de repleción focal en el trayecto inicial de la arteria mesentérica superior, sin poder descartar cuadro suboclusivo secundario por isquemia intestinal. Se plantea el diagnóstico diferencial con hernia interna a nivel yeyunal o bridas (menos probable por la ausencia de antecedentes quirúrgicos) o proceso de isquemia mesentérica. Se interviene a la paciente con los hallazgos intraoperatorios de oclusión intestinal secundaria a brida congénita que condiciona hernia interna, con cambio de calibre a nivel de yeyuno medio y signos de isquemia intestinal irreversible. Se realiza liberación de la brida y resección de 1 metro de intestino delgado, con evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES:

Las hernias internas son protrusiones viscerales a través de defectos del peritoneo y mesenterio, congénitos o adquiridos, hacia compartimentos abdominales. Con una incidencia menor del 1%, son responsables de un 5% de las obstrucciones intestinales, con una mortalidad del 50% si existe estrangulación. Nuestro objetivo es llamar la atención sobre las hernias internas complicadas como causa de abdomen agudo de difícil diagnóstico y alta mortalidad a través de la descripción de un caso clínico. La obstrucción intestinal causada por hernias internas es una entidad rara. Su clínica es inespecífica y un manejo inadecuado puede conducir a graves complicaciones. La TC se ha convertido en el método diagnóstico de primera línea.



CASOS CLÍNICOS

P-2597

MUCOCELE APENDICULAR COMO HALLAZGO EN URGENCIAS

CM González Jiménez (1), I Fernández Vidaurreta (1),
E García Díez (2), B González Ramón (3), S Hernández López (4),
V Cantó Blázquez (4), D Castell Benito (1)

(1) Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. Madrid. (2) UVI Móvil SUMMA 112.
(3) Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. (4) C. S. Cea
Bermúdez. Madrid

PALABRAS CLAVE: apéndice-dolor-mucocele

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 36 años que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de dos meses de evolución, sordo, sin exacerbaciones, que se ha hecho intenso y continuo en las últimas 24h. Pérdida de peso de 2-3kg en el último mes, con estreñimiento asociado. Afebril hasta el momento. Antecedentes: NRAMC. No FRCV. Hernia inguinal izquierda y umbilical intervenidas. Exploración: Buen estado general. Abdomen: blando, depresible. Doloroso a la palpación en FID, Blumberg+. Se palpa masa a ese nivel. RHA conservados. Analítica de sangre con leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Sedimento de orina normal. Rx de abdomen: luminograma normal. Se solicita ecografía abdominal para descartar apendicitis, se completa con TAC: En FID se aprecia engrosamiento de las paredes del ciego, con captación de sus paredes, de aspecto inflamatorio. No afectación del ileon terminal. Dilatación (de hasta 1.6 cm) y engrosamiento mural del apéndice cecal, con realce de sus paredes y presencia de contenido de aspecto líquido en su interior. Leve aumento de densidad de la grasa mesentérica periférica, con presencia de varias adenopatías de aspecto reactivo. Mínima cantidad de líquido libre a nivel regional, sobre la fascia lateroconal derecha. Estos hallazgos sugieren mucocele apendicular, como primera posibilidad diagnóstica. Resto del estudio sin otros hallazgos significativos. Se solicita valoración por Cirugía General. Dada la estabilidad del paciente se decide estudio de extensión ambulatorio para programar cirugía.

CONCLUSIONES:

El mucocele apendicular es una patología poco frecuente del apéndice caracterizada por una dilatación quística de su luz con acúmulo de material mucinoso, ya sea por estenosis u obliteración parcial de la luz. Representa sólo el 0,25% de todas las apendicectomías realizadas y un 8% de todos los tumores apendiculares. Puede ser asintomático y ser descubierto casualmente en el curso de otra exploración. La mitad de los casos se presenta con dolor en fosa ilíaca derecha indicativo de apendicitis aguda. Puede ser un proceso benigno o maligno, es necesario individualizar cada caso para conocer su verdadera naturaleza. El tratamiento es primariamente quirúrgico. Los diferentes abordajes incluyen principalmente realizar una apendicectomía, sin embargo, puede requerir tratamientos más invasivos como una hemicolectomía derecha en sospecha de malignidad.

P-2599

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DESDE URGENCIAS EN UNA INFECCIÓN COMPLICADA DE MIEMBRO INFERIOR

R Molina Ruano (1), A Martín-Vivaldi Jiménez (1), S Quirante
García (1), MJ Molina Rueda (2), JM Alonso Morales (1),
S Martínez Diz (3)

(1) Hospital de Rehabilitación y Traumatología. H. Universitario Virgen de las Nieves. Granada. (2) Ibermutuamur. Granada. (3) Centro de Salud de La Zubia. Granada

PALABRAS CLAVE: alternativa terapéutica-fascitis necrotizante-fracaso multiorgánico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

La fascitis necrotizante (FN) es una enfermedad de origen infeccioso que afecta a la fascia y músculo. Es la forma más grave de infección de partes blandas debido a la rápida destrucción y necrosis, llevando entre un 20-40% de los pacientes al fracaso multiorgánico y la muerte, a pesar del tratamiento. Es vital un diagnóstico precoz, cirugía agresiva y tratamiento antibiótico. Plantear la abstinencia terapéutica en un paciente anciano en plenas facultades mentales, que entendiendo el proceso elige no intervenir. Paciente de 91 años que acude a urgencias con una úlcera sacra con supuración maloliente y mal estado general. Como antecedentes, una FA de años de evolución y una intervención de una fractura de cadera hace 2 meses. La analítica presentaba una leucocitosis de 19000 (neutrofilia de 92%), PCR 223 mg/L, Hb 11.9 gr/dl, Na+ 147 mg/dl, Cr 1.27 y una glucemia de 125 mg/dl. En el LRINEC score, obtenía una puntuación de 6, encaminando la sospecha de FN. En la radiografía presentaba una imagen sugerente de gas a lo largo del muslo izquierdo, que en estudio con TC apuntaba a una FN. Se habló con el paciente incidiendo en la gravedad del cuadro, ofreciendo un desbridamiento extenso como única posibilidad real de supervivencia. El paciente rechazó la intervención, entendiendo que la consecuencia directa era la muerte inminente. Se ingresó para tratamiento paliativo falleciendo en 24 h.

CONCLUSIONES:

Los signos clínicos que deben hacer sospechar una FN son la inducción más allá del área eritematosa, flictenas y crepitación o gas en las pruebas de imagen. El TC es la prueba de elección aunque ante alta sospecha y no disponibilidad de ésta, el desbridamiento precoz está indicado, que requiere curas diarias y en ocasiones la amputación de la extremidad. A pesar del tratamiento agresivo la mortalidad sigue siendo elevada. Cuando las opciones de supervivencia pese al tratamiento son escasas, siendo el paciente de edad avanzada, la abstinencia terapéutica puede ser una opción para proporcionar una muerte digna a nuestro paciente, que a veces es lo único que podemos ofrecer.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2600

CUIDADO CON LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**M Ruiz Ojeda (1), M Blanca Segura (1), E Piñero Flores (2),
JM Higuera Coca (1), I Robledo Migallón (1), M Reyes Rosero (1),
CM García Jiménez (1)**

(1) Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias. (2) Consultorio Bornos. ZB Villamartín. Cádiz

PALABRAS CLAVE: hemotórax-traumatismo-tórax

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 23 años que sufre traumatismo craneoencefálico con pérdida recuperada de conciencia y contusión sobre hemitórax e hipocondrio izquierdos, como consecuencia de colisión frontal con automóvil y salida de air-bag. Las constantes vitales en el ingreso eran: tensión arterial: 110/60, frecuencia respiratoria: 32/minuto, frecuencia cardíaca: 94 latidos por minuto. Exploración física: Glasgow 15/15, hipoventilación del hemitórax izquierdo y dolor abdominal subcostal y en hipocondrio izquierdo. Se realizó hemograma: hemoglobina 13, hematocrito 37%, leucocitosis sin desviación izquierda. Tiempo de protrombina de 91%. Etanol en sangre negativo. Bioquímica y ECG normal. Se practicaron radiografías simples de tórax, abdomen, cráneo y cervicales. En la simple de tórax antero-posterior se apreciaba una imagen compatible con hemo-neumotórax izquierdo con desplazamiento del mediastino hacia hemitórax derecho acompañado de fracturas de 4º-5º arcos costales posteriores izquierdos y elevación del hemidiafragma homolateral. Resto de radiografías normales. Se colocó un tubo de drenaje pleural bajo anestesia local. Tras comprobación radiológica persistía hemotórax izquierdo, desviación mediastínica y la elevación del hemidiafragma izquierdo. El paciente sufrió un descenso de la tensión arterial con aumento de la taquipnea. Dada la inestabilidad hemodinámica, se sospecha shock hipovolémico traumático con rotura de hemidiafragma. Se intervino quirúrgicamente al paciente previa reinstauración de volumen con líquidos y sustancias coloides, mediante laparotomía media supraumbilical, hallando una mínima cantidad de sangre en espacio subfrénico izquierdo, rotura del hemidiafragma izquierdo de 12 cm, con herniación del estómago, asas de intestino delgado y bazo que ocupaban el hemitórax izquierdo, además de colapso pulmonar. Una vez reducidas las vísceras a su localización habitual se apreciaron dos laceraciones esplénicas, con un hemotórax de 1 litro. Se realizó una esplenectomía y una reparación primaria del diafragma lesionado, cerrando la cavidad abdominal y dejando colocado el tubo de drenaje pleural. El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos pudiendo ser extubado a las 24 horas. Se practicó ecocardiografía que no mostró ninguna alteración de tamaño, contractilidad ni lesiones valvulares. El drenaje pleural se retiró el sexto día postoperatorio y el paciente fue dado de alta hospitalaria a los siete días de la intervención. No se requirió transfusión de hemáties.

CONCLUSIONES:

Ante un mecanismo lesional importante, como es un accidente de tráfico, es de vital importancia no quedarse con un primer diagnóstico de las lesiones y seguir la evolución del paciente, así como sospechar otras lesiones traumáticas, que pueden inestabilizar, pasar desapercibidas y producir la muerte, si no se actúa rápidamente.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2609

PANCREATITIS TRAS PATADA

M Acha Martín, M Zarrabeitia Tormes, R Martín Fonseca

Hospital de Basurto. Bizkaia

PALABRAS CLAVE: traumatismo-abdomen-pancreatitis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 21 años que acude a urgencias por epigastralgia tras traumatismo directo rodillazo mientras jugaba al fútbol. No refiere náuseas, vómitos ni otra clínica acompañante. Antecedentes de mononucleosis infecciosa, amigdalectomía, adenoidectomía y drenaje timpánico, sin tratamiento habitual. Constantes TA 135/65 Fc 79 Tª 36.4 °C, consciente y orientado, normocoloreado, eupneico en reposo y afebril. Abdomen blando, depresible, con discreto dolor a la palpación a nivel de epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado sin masas ni megalias. AC rítmico soplo sistólica panfocal AP MVC. Resto de exploración anodina. Tras analgesia y realización de pruebas complementarias (RX torax/abdomen) y analítica sin alteraciones, es dada de alta con analgesia y observación domiciliaria. A las ocho horas acude de nuevo por persistencia del dolor. Tras nueva exploración persiste discreto dolor sin signos de irritación peritoneal, en la analítica GPT 43, CK 444, amilasa 1401, PCR 0,51, leucocitos 13.400. Se realiza TAC abdominal presentando pancreatitis aguda con pequeña cantidad de líquido en espacio pararenal anterior. Discreta cantidad de líquido libre en pelvis sin laceraciones ni alteraciones en el resto de órganos. Se procede en servicio de Cirugía General con reposo digestivo, AINES y AB. Permaneciendo 11 días ingresado, con evolución inicial favorable hasta que comienza con febrícula en 4ª día. Ante persistencia de elevación de parámetros inflamatorios se realiza TAC urgente con resultado de laceración en cuello de páncreas. Cambios de pancreatitis aguda con pequeñas colecciones en grasa peripancreática siendo imposible valorar la integridad del conducto pancreático principal sugiriéndose realizar RM. Ante la favorable evolución es dado de alta con analgesia pendiente de realización de colangioRM de forma ambulatoria. Tras realizar dicha exploración se observa mejoría radiológica con disminución de componente inflamatorio sin laceración del conducto pancreático principal con imagen compatible con pseudoquiste.

CONCLUSIONES:

Los traumáticos pancreáticos representan el 4% de las lesiones traumáticas habituales con una tasa de morbimortalidad significativa por lo cual es primordial su reconocimiento y tratamiento precoz. Hay que tener en cuenta que las pruebas analíticas tienen una baja sensibilidad y especificidad siendo el TAC la prueba de elección.

P-2610

CUANDO LA ORIENTACIÓN DEL TRIAJE ES ERRÓNEA

FJ Miralbés Casterá (1), I Ortega Castrillo (1), M Miralbés Torner (2), MF Ramírez Hidalgo (2), J Martínez Castellón (1), J González Tejada (1), M Pons Mateo (1)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca. (2) H. Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

PALABRAS CLAVE: neumotórax-policontusionado-agresión

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 38 años de edad, con antecedentes de atenciones en urgencias por cuadro de agitación. El es llevado a urgencias en ambulancia convencional semidesnudo. Se realiza el triaje como alteración psiquiátrica. El paciente refiere en la amnesia que fue agredido la noche anterior y dejado en el monte. refiere cefalea, dolor en la muñeca y pierna derecha. A la exploración se aprecia un regular estado general, falta de higiene importante. Se aprecia enfisema subcutáneo en cuello y en ambos hemitorax. En la analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda. en la radiografía presenta un importante enfisema subcutáneo en cuello y torax, mínimo neumotórax bilateral e imagen de neumomediastino. Se realiza TAC toraco abdominal - con severo neumomediastino, neumoperitoneo-, el TAC craneal sin hallazgos. El paciente se ingreso en el Servicio de Cirugía con una buena evolución clínico y radiológica siendo dado de alta a su domicilio en 7 días.

CONCLUSIONES:

En más de lo que quisiéramos todos, tenemos una predisposición a realizar un Triage predeterminado en aquellos pacientes que son reincidentes en nuestro servicio de urgencias. En este caso no se trataba de una alteración psiquiátrica sino de una agresión importante y posteriormente abandonado en el monte en pleno invierno de la montaña. En este caso el paciente fue atendido inmediatamente a su llegada, con un buen resultado para el paciente y para todos nosotros.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2611

DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO
A ANEURISMA DE AORTA

S Bermúdez González (1), R Castillo Marín (1), R Jiménez Cabrera (2)

(1) Hospital Alta Resolución Morón de la Frontera. Sevilla. (2) DCCU Morón de la Frontera. Sevilla

PALABRAS CLAVE: acute pain-ischemia-aortic aneurysm

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalario.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente que acude a nuestro centro a las 6:02 por dolor intenso de MID de inicio brusco hace una media hora sin antecedente traumático e impotencia funcional de dicho miembro. No otros síntomas. Muy afectado por el dolor. BHNP eupneico, pálido. ACR rítmico a 80 spm sin soplos ni extratonos. Hipoventilación generalizada. En MID no se palpan los pulsos femoral, poplíteo ni pedio. Palidez del miembro, anestesia infarotuliana e hipoestesia en muslo con inmovilidad absoluta. EKG rítmico sinusal a 75 spm. TA 156/106. Administramos cloruro mórfico y O₂. Se contacta con hospital de referencia y se avisa a cirugía vascular. Se traslada con sospecha de isquemia arterial aguda. Rehistoriado en hospital de referencia 8:03, comenta que al comienzo de los síntomas notó sensación de tensión en el pecho, irradiado a garganta pero no la describe como dolor y que con posterioridad descendió a flanco y región renal derecha asociado a palpitaciones. TA 217/115. Se administra perfusión de solinitrina, labetalol y se realiza TAC en el que se observa disección de aorta tipo A Pasa UCI 9:31 y de allí a hospital de nivel 5 para intervención urgente. Se interviene a las 3 horas de su ingreso. Postoperatorio con gran inestabilidad hemodinámica durante varios días y VMI prolongada. Tetraparesia flácida con polineuropatía del paciente crítico. FA con RVR. Derrame pericárdico que precisa drenaje y posterior reintervención. Dificultad para destete VMI, parálisis recurrencial bilateral y traqueostomía. Insuficiencia renal con necesidad de hemodialisis.

CONCLUSIONES:

De todos es conocido el riesgo que supone un aneurisma de aorta. En este paciente fue de vital importancia una correcta coordinación entre los diferentes servicios de urgencias y la rápida disponibilidad de los recursos desde el primer contacto con los servicios sanitarios en un hospital de nivel 1 hasta su intervención. La actuación precoz resulta indispensable para minimizar morbilidad en estos casos. Reivindicar el uso de ecografía realizada en urgencias principalmente en hospitales con recursos diagnósticos limitados y en atención extrahospitalaria. Clave para la valoración así como despistaje de patologías potencialmente mortales principalmente cuando, como en este caso, el centro de referencia es diferente al centro hospitalario útil.

P-2612

CAÍDA DEL CABALLO CON GRAVES CONSECUENCIAS

B Vilaboy Arias (1), MJ Rodríguez Ourens (1), M García Rodríguez (1), NO Rincón Valero (1), B Pérez Deago (1), MB Díaz González (2), LM Rivera García (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias. (2) Centro de Salud Noreña. Oviedo

PALABRAS CLAVE: fractura vertebral-traumatismos raquídeos-inestabilidad

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 15 años, alérgica a Amoxicilina-Clavulánico y asmática. Traída a Urgencias por UVI-móvil tras caída del caballo. Según testigos, el animal tropezó y salió disparada hacia delante, con traumatismo craneal y abdominal y dudosa pérdida de conocimiento posterior. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 103/60. FC 74 latidos/min. Saturación de O₂: 100%. Consciente, orientada y colaboradora. Afectada por el dolor. Nerviosa. Eupnéica. Portadora de collarín cervical rígido. No dolor a la palpación sobre apófisis espinosas cervicales. Herida contusa en parte derecha del mentón. Auscultación cardiopulmonar normal. Dolor intenso a la palpación sobre apófisis espinosas de vértebras dorsales altas y arcos costales derechos y en epigastrio, con defensa voluntaria. Exploración neurológica sin hallazgos de focalidad, con fuerza y sensibilidad conservadas en las cuatro extremidades. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Hemoglobina 11.6, Leucocitos 19.520 (Neutrófilos 14.550), Plaquetas 321.000, Tasa de Protrombina 66%. Bioquímica: Glucosa 172, resto normal. Sistemático de orina normal TC CRANEAL: Sin hallazgos patológicos TC TORACO-ABDOMINAL: Fractura estallido de las vértebras D6, D7 y D8 con luxación y desplazamiento de múltiples fragmentos lateralmente hacia la parte derecha del mediastino y posteriormente hacia el canal medular con disminución del calibre del mismo a nivel de D7. Fractura de arco posterior y apófisis transversa de D8 no desplazado. Pequeño neumotórax derecho. Ensanchamiento mediastínico con múltiples burbujas de gas de la región de fractura en relación con hematoma mediastínico y neumomediastino, sin sangrado activo. Pequeñas áreas de aumento de densidad en lóbulo inferior derecho por contusión pulmonar. Imagen lineal hipodensa retrocava a nivel de segmento VI hepático en relación con laceración hepática. Mínima cantidad de líquido libre intraabdominal en pelvis. La paciente permanece estable y sin focalidad neurológica. Tras valoración por Traumatología y Medicina Intensiva, dada la gravedad de las lesiones con riesgo vital, se traslada al Hospital de referencia por necesidad de control en centro con Cirugía torácica. En dicho Hospital es intervenida quirúrgicamente mediante fijación posterior, evolucionando de forma favorable y siendo dada de alta con corsé y sin lesiones neurológicas.

CONCLUSIONES:

En este caso se pone de manifiesto la importancia del manejo adecuado de las lesiones vertebrales, mediante restricción de los movimientos espinales, para evitar lesiones medulares.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2614

URGENCIA VITAL POR ARTRITIS SÉPTICA

JM A M (1) A Martín-Vivaldi Jiménez (1), S Quirantes García (1),
MJ Molina Rueda (2), R Molina Ruano (1)

(1) Hospital Campus de La Salud. Granada. (2) Ibermuturamur

PALABRAS CLAVE: artritis-sepsis-urgencia vital

HISTORIA CLÍNICA:

La artritis séptica (AS) es la inflamación articular causada por microorganismos. Existen factores predisponentes como la diabetes mellitus (DM), hepatopatías, artritis crónicas o hemoglobinopatías. El agente causal más frecuente es el *S. aureus* (SA). El germen invade la sinovial de la articulación, produciendo lesión y destrucción del cartílago y de otras partes blandas. Lo más habitual es la forma monoarticular, pero en pacientes con factores predisponentes puede ser poliarticular. Objetivos Mostrar la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento en cuadros de artritis séptica. Métodos Varón de 66 años. Antecedente de DM no insulín dependiente, mal control, acude a urgencias por malestar general asociado a tumefacción, aumento de calor local y enrojecimiento en ambos codos junto a fluctuación y crepitación subcutánea. Paciente séptico, inestable hemodinámicamente, TA 80/60 precisa del uso de drogas vasoactivas y temperatura de 37.8 °C. En radiografía y TC se muestra destrucción ósea y presencia de colección líquida de gran tamaño y gas infiltrando la musculatura en el lado izquierdo, asociando marcada lesión de partes blandas afectando a compartimento flexor y extensor de brazo y antebrazo. Se lleva a cabo limpieza y desbridamiento de urgencia en quirófano de ambos codos, drenando abundante material purulento y eliminando gran cantidad de tejido óseo y muscular necrótico fundamentalmente en el izquierdo. El paciente pasa a UCI para control del shock séptico a la espera de cultivos con tratamiento antibiótico empírico. Se realizaron curas cada 48 horas, apreciándose mejoría de la extremidad derecha, codo izquierdo mal aspecto, sin cobertura cutánea y no viable desde el punto de vista funcional. Tras aislarse SA Meticilín Sensible se cambia el tratamiento a Cloxacilina 2 gr c/4h. Se valora la posibilidad de amputación, familiares desestiman. La evolución es tórpida, el paciente precisa de soporte mecánico, se produce fallo renal y hepático y finalmente fallece.

CONCLUSIONES:

El objetivo ante una AS es limpiar la articulación para eliminar la mayor carga bacteriana posible y así evitar una destrucción severa de la misma y la diseminación hematógena que alterará el estado general del paciente poniendo en riesgo su vida, sobre todo en personas con factores predisponentes, Importancia del drenaje quirúrgico, siendo especialmente agresivos cuanto mayor sea la gravedad del enfermo.

P-2621

TETRAPARESIA TRAS LATIGAZO CERVICAL:
DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES

MJ Angulo Florencio (1) M Pérez Rodríguez (1), C Colomo Gil (1),
MI Gómez Alcaraz (1), R Leon Santos (1), CM González Martínez (2)

(1) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

(2) Hospital Infanta Elena. Huelva

PALABRAS CLAVE: traumatismo del cuello-embolia pulmonar-cuadruplejía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 81 años diabética, con osteoporosis, que acude a urgencias de traumatología tras haber presentado caída en domicilio con traumatismo frontal sin pérdida de conocimiento, sensación de calambres en miembros superiores y dificultad para movilizar las piernas. Exploración inicial: consciente, orientada y colaboradora, Glasgow 15/15. Balance muscular miembros superiores 3/5 global, excepto bíceps 4/5, miembros inferiores y psoas 3/5, cuádriceps, isquiotibiales, tibial anterior y gemelos 2/5. Sensibilidad dolorosa conservada en miembros. Se solicitó TC cervicodorsal inicial con disminución de la densidad ósea en relación con osteoporosis. Formación de osteofitos marginales anteriores y posteriores. No líneas de fractura en cuerpos vertebrales. Sin evidencia de disminución significativa en altura del tamaño de los cuerpos vertebrales visualizados. Signos de degeneración discal en interespacios de columna lumbar y no afectación de canal neural. A pesar de que las pruebas radiológicas no presentaban patología aguda, dada la clínica, se decidió el ingreso hospitalario para continuar la evolución. La paciente ingresó en Observación donde comenzó con un cuadro de desaturación respiratoria brusca e hipotensión severa. Se solicitó TC de tórax que puso de manifiesto un tromboembolismo pulmonar bilateral con sobrecarga de ventrículo derecho. Se valoró el riesgo/beneficio de la fibrinólisis y se decidió iniciar anticoagulación con HBPM, pasando a UCI, donde al cuarto día del ingreso empieza con hipofonía significativa y tetraplejía completa. Ante la sospecha de una mielopatía cervical o polineuropatía desmielinizante aguda se realizó RM en la que se apreció luxación C5-C6 con compromiso medular. El servicio de Neurocirugía debido al tiempo de evolución y situación neurológica que presentaba la paciente descartó intervención quirúrgica por riesgos y escaso beneficio de la misma.

CONCLUSIONES:

Las lesiones de la columna cervical son un problema de salud pública muy importantes, no solo por la incidencia de accidentes, sino por el aumento de las lesiones derivadas del manejo inadecuado de estas lesiones. Es muy importantes la inmovilización y la manipulación del paciente en el que se sospecha una lesión medular a pesar de las pruebas complementarias de inicio sean normales.



CASOS CLÍNICOS

P-2622

LA TOS COMO CAUSA DE HEMOTÓRAX

**IM Martín Esteve (1) C Piedra Rodrigo (1), I Sánchez Pérez (2),
MF Albarracín Vílchez (1), MA Cazorla Rueda (1)**

(1) Hospital Torrecárdenas. Almería. (2) Urgencias Extrahospitalarias. Lorca

PALABRAS CLAVE: tos-hemorragia-intercostal

ÁMBITO DEL CASO:

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 57 años que acude a su médico de familia con tos de 10 días de evolución, siendo diagnosticado de sobreinfección de EPOC y tratado con levofloxacino. En las últimas horas presenta dolor en hemitorax derecho. Como antecedentes personales destaca que es fumador de 20 cigarrillos/día y EPOC. Seguía tratamiento con broncodilatadores inhalados y oxigenoterapia nocturna. Exploración física y pruebas complementarias: A la llegada a Urgencias Hospitalaria presenta una estabilidad hemodinámica, equimosis dorsolumbar derecha y disminución del murmullo vesicular ipsilateral. Se le realiza gasometría arterial, analítica completa y radiografía de tórax. En la analítica destaca leucocitosis con desviación a la izquierda y leve derrame pleural derecho. Se completa el estudio con una tomografía toracoabdominal con contraste intravenoso y se diagnostica de derrame pleural derecho y engrosamiento de la pared costal ipsilateral. Se identifica un punto de extravasación del contraste en relación con hemotorax derecho y hematoma de la pared costal con hemorragia activa, de probable origen en una lesión de la arteria intercostal derecha, entre el noveno y décimo arco costal. Diagnóstico diferencial: Sobreinfección de EPOC y lesión traumática torácica. Diagnóstico final: Hemorragia activa de arteria intercostal a nivel D9- D10. Evolución: Mediante arteriografía, se exploran las arterias intercostales derechas y se realizó una cateterización y embolización selectiva de D9 y D10, ramas implicadas en la zona de rotura muscular. El enfermo mantuvo la estabilidad hemodinámica durante el ingreso, con una caída progresiva en la hemoglobina hasta un mínimo de 9,4g/dl con recuperación posterior, no requiriendo transfusión sanguínea. Se corrigieron todos los datos analíticos y se mantuvo la saturación siendo dado de alta del Servicio de Cirugía al 9º día del ingreso.

CONCLUSIONES:

La tos normalmente suele ser un síntoma banal, pero en determinadas patologías de base, donde existe una fragilidad capilar, como es, neurofibromatosis y en la coartación aórtica, puede ocasionar una complicación grave que puede llevar a la gravedad, por lo cual hay que ser precavidos ante este síntoma.

P-2623

LUMBALGIA SEVERA RESISTENTE A TRATAMIENTO
ATRAUMÁTICA. POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

**MJ Angulo Florencio (1) C Colomo Gil (1), M Pérez Rodríguez (1),
R León Santos (1), C Navarro Bustos (1), CM González Martínez (2)**

(1) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

(2) Hospital Infanta Elena. Huelva

PALABRAS CLAVE: lumbago-metástasis-hemoptisis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

aciente de 63 años con intolerancia a las estatinas y ex fumadora hace 6 años que acude a urgencias pre hospitalarias en 3 ocasiones en el último mes por dolor lumbar que no mejora con analgésicos habituales el dolor comienza con menor intensidad y va progresando en los últimos días LA paciente acude derivada por su medico por empeoramiento del cuadro, con dolor muy intenso (Eva de 9/10), punzante, quemante, se inicia en fosa renal izquierda irradiado a rodilla, causando acorchamiento y perdida de fuerza ocasional del muslo, sin relajación de esfínteres. Refiere perdida de movilidad y calidad de vida secundaria al dolor que impide la sedestacion. Asocia perdida de peso no cuantificada y tos irritativa con hemoptisis escasa de sangre roja. A la exploración aceptable estado general afectada por el dolor Auscultacion cardiopulmonar dentro de la normalidad Abdomen sin hallazgos de interes Hiperlordosis lumbar con hipofisalgias a nivel L3 L4 L5 No déficit motor ni sensitivo Rx tórax imagen compatible con masa en LSI que borra discretamente cayado aórtico. No derrame ni consolidaciones RX lumbar se evidencia leve acúñamiento de L2 Se decide ingreso en observación para continuar estudio mediante Resonancia RNM Atenuación de los cuerpos vertebrales que se extiende a los pediculos de L1 L2 y L3 aunque el hallazgos es inespecifico obliga a descartar enfermedad osea metastàsica / mieloma ya que taxativamente no se pudo atribuir a osteoporosis

CONCLUSIONES:

En el dolor lumbar severo y persistente han de descartarse otras causas atraumáticas y sin relación a patología ósea primaria. En el diagnóstico diferencial en urgencias deben ser consideradas todas las posibilidades clínicas del dolor severo





CASOS CLÍNICOS

P-2627

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

**L Noblia Gamba, P Carrillo Fernández Paredes, L García Martínez,
J Ramiro Lara, L Cárdenas Bravo**

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

PALABRAS CLAVE: isquemia-disección-tratamiento endovascular

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer 77 años HTA Dislipemia, Consulta por dolor intenso en miembro inferior derecho (MID) con frialdad, dolor toracoabdominal de inicio súbito acompañado de náuseas y vómitos. A la exploración física se destaca ausencia de pulsos en todo en MID, abdomen blando y depresible TA: 190/100 se procede a tratamiento antihipertensivo con Labetalol ante la sospecha de síndrome aórtico agudo y se solicita AngioTAC que informa: aneurisma de aorta torácica de 5.7 cm de diámetro transversal máximo, disección aórtica tipo Stanford B desde subclavia izquierda hasta ambas ilíacas con apenas flujo en ilíaca derecha

CONCLUSIONES:

La disección aórtica se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. Dependiendo de la presencia y localización de los desgarramientos primitivos, así como la extensión retrógrada o anterógrada de la disección, se clasifican los tipos de disección. El grupo de Stanford habla de tipos A y B según la aorta ascendente esté afectada o no por la disección, respectivamente. DeBakey diferencia entre el tipo I cuando la aorta ascendente y descendente están afectadas, tipo II cuando sólo interesa la aorta ascendente y tipo III cuando sólo se afecta la aorta descendente. En nuestra paciente tras tratamiento médico se estabilizan las cifras tensionales y es intervenida por cirugía vascular. Se realizó Implante de endoprótesis aórtica torácica con fijación proximal inmediatamente posterior a salida de arteria subclavia y reconstrucción compleja de arteria femoral común e ilíaca externa distal, comprobándose revascularización de ilíaca y femoral. Siendo la evolución en cuidados intensivos favorable es finalmente dada de alta con antiagregación plaquetaria.

P-2645

FRACTURA ODONTOIDES EN EL ANCIANO.
UN RETO PARA URGENCIAS

**M Soler Núñez (1) JM Vergara Olivares (2), J Ruiz del Pino (1),
E Rosell Vergara (1)**

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

(2) Emergencias 061. Ceuta

PALABRAS CLAVE: fractura odontoides-anciano-urgencias

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN: La columna cervical es el segmento con mayor movilidad del esqueleto axial. Su posición la hace especialmente vulnerable a los traumatismos. Los ancianos son más susceptibles de presentar lesiones graves por traumas de baja energía. Aun cuando el examen físico inicial no demuestre hallazgos patológicos, nos preguntamos: ¿en qué momento debemos considerar y decidir como médico de Urgencias, completar el estudio de neuroimagen? **CASO Clínico:** Presentamos el caso clínico de un varón de 77 años, diabético, hipertenso, nefrótico, con hemiparesia izda por ACV previo que acude tras caída en domicilio con traumatismo frontal y de ambas rodillas. Niega pérdida de conocimiento. En la exploración no se objetiva nueva focalidad neurológica. La Radiografía simple cervical se valora como rectificación cervical sin líneas de fractura. Se le da alta a domicilio con analgesia y collarín blando por las molestias cervicales que refiere. Acude a los 10 días por mareo y malestar general inespecífico que se acompaña de bradicardia sinusal sin dolor torácico ni disnea. Se solicitan pruebas complementarias por sus factores de riesgo cardiovascular y estando en Observación nos dice que persiste dolor en cuello y no mejora con collarín y analgesia ambulatoria. En nueva Radiografía cervical vemos imagen dudosa de probable fractura apófisis odontoides y arco posterior C1 que confirmamos en TAC. Fue ingresado para completar estudio e intervenido con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES:

La amplitud del canal medular en su porción atlo-axoidea hace que un porcentaje de fracturas a este nivel puedan pasar desapercibidas en Urgencias, no reconociendo a tiempo una lesión clínicamente significativa, con posibilidad de dejar un déficit permanente, añadido al alto coste sanitario/social que representa la atención a estos pacientes, o incluso lleva a la muerte por complicaciones de enfermedades previas (metabólicas, cardiológicas). Debemos considerar desde la primera asistencia en Urgencias, además del tipo de traumatismo, otros aspectos como la edad del paciente y las posibles lesiones/enfermedades asociadas que dificultan el enfoque diagnóstico inicial. Hoy en día las técnicas de neuroimagen son una herramienta más que debemos utilizar para instaurar con rapidez el tratamiento adecuado y evitar secuelas que aumentan la morbimortalidad de estos pacientes.



CASOS CLÍNICOS

P-2646

SÍNDROME MEDULAR TRANSITORIO SECUNDARIO A HERNIA DISCAL CERVICAL AGUDA POST-ESFUERZO

G Ocete Burgos (1), L Gómez Rodríguez (1), A Pérez Ruiz (2),
V López Fernández (1)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga. (2) Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

PALABRAS CLAVE: hemispinal cord syndrome-disc herniated-paresis post effort**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Anamnesis: Varón, 37 años sin antecedentes patológicos, excepto protrusión discal cervical en seguimiento por hospital privado. Acude a urgencias porque al realizar un esfuerzo físico (coger pesas en gimnasio) sufre cervicodorsalgia súbita de tipo disestésico descrito como calambre que le recorre la espalda, asociando síncope con pérdida de consciencia y relajación esfinteriana. Al recuperar la consciencia refiere cervico-dorsalgia intensa y paresia de miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho y parestesias en miembros superiores. Exploración: Pares craneales normal, paresia severa a nivel de MSI y MID, parestesias en ambos MMSS y Babinsky extensor en MID. Debido a la exploración neurológica patológica (síndrome medular) se realiza Resonancia Magnética Nuclear cervical urgente, objetivando: C5-C6: herniación paracentral izquierda extruida improntando sobre margen izquierdo del cordón medular y receso lateral ipsilateral. Estenosis foraminal izquierda con compromiso radicular. Evolución: Ingresa para tratamiento quirúrgico. Durante el ingreso presentó recuperación progresiva de la paresia de miembros. Tras la intervención se recupera favorablemente. Juicio clínico: Hernia discal aguda postraumática y síndrome medular transitorio. Discusión: Las manifestaciones clínicas en el síndrome medular son: paresia, parestesias, déficit sensitivos, alteración de reflejos, así como alteración del signo de Babinski. Si hay compromiso de cordones posteriores de región cervical puede ocurrir el signo de Lhermitte, caracterizado por descarga eléctrica que se irradia a lo largo de la columna. La hernia discal traumática pura es excepcional, ocurriendo normalmente sobre discos degenerados y de mayor frecuencia en sujetos jóvenes de sexo masculino. El fracaso del tratamiento conservador, progresión de la lesión motora o la afectación medular son las indicaciones del tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES:

La afectación medular aguda no es una consulta frecuente en la urgencia hospitalaria, sin embargo, las consecuencias de un retraso en el diagnóstico pueden suponer un compromiso neurológico irreversible para el paciente, incluso un compromiso vital según la localización de la lesión. La hernia cervical aguda es una patología frecuente como hallazgo incidental aunque es excepcional que se presente como síndrome medular agudo con sintomatología motora. El diagnóstico debe ser precoz para realizar un tratamiento eficaz lo antes posible. La prueba de elección será la resonancia magnética, que permite una mejor evaluación de la patología medular.

P-2648

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

MR Martínez Herráez (1), MC Munuera Barahona (1),
D Lahoz Rodríguez (1), C Aznar Bueno (1), E Lamban Ibor (2),
MJ Simarro Herráez (3)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

(2) Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel. (3) Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete

PALABRAS CLAVE: hematoma aórtico-dolor torácico-disección de aorta**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 81 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial, AC*FA, insuficiencia mitral. En tratamiento con Simvastatina, ácido ibandronico, Ideos unidia, Omeprazol, Bisoprolol, Dilutol, Trangorex, Atacand, Sintrom. Acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado hacia espalda desde hace 1 hora sin cortejo vegetativo. El dolor no se modifica. En domicilio se objetivan cifras de tensión arterial (TA) 250mm Hg por lo que toma Capoten 25 mg. En la exploración física: TA brazo derecho: 185/90, TA brazo izquierdo: 172/85 FC: 68 lat/min, Sat O2 98%. Consciente y orientada, bien perfundida, eupneica en reposo. Dolor a la palpación esternal, auscultación cardiaca arritmica sin soplos, auscultación pulmonar normal, abdomen anodino, extremidades inferiores sin edemas. Análítica sin hallazgos relevantes con marcadores de necrosis miocárdica normales, la radiografía de tórax sin hallazgos relevantes, ECG: AC*FA a 70 lat/min sin alteraciones de la repolarización. Se inicia tratamiento de entrada con perfusión de solinitrina (SLN) y cloruro mórfico ante la sospecha de angor hemodinámico, tras resultados de Rx de tórax y ante la persistencia de dolor importante de la paciente se suspende perfusión de SLN y se realiza TAC toracoabdominal donde se objetiva hematoma aórtico con disección contenida. Valorada por el servicio de Cirugía vascular la paciente ingresa en UCI para control estricto de cifras de TA e intervención quirúrgica que se realiza al día siguiente ante la persistencia de dolor que hacia sospechar progresión de la lesión hacia disección de aorta tipo B, colocándose 2 endoprótesis torácicas y stent en subclavija izquierda.

CONCLUSIONES:

El hematoma intramural forma parte del espectro de lesiones del síndrome aórtico agudo junto con la disección de aorta y la úlcera aórtica. Consiste en la presencia de una hemorragia dentro de la capa media de la pared aórtica. La hipertensión, se considera el factor de riesgo principal (53%). En el caso del hematoma intramural tipo B, el tratamiento inicial es médico y la colocación de una endoprótesis se reserva complicaciones añadidas.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2649

RETRASO DIAGNÓSTICO DE LESIÓN MEDULAR
EN INTOXICADOS ETÍlicos

MT Maza Vera, Z Fernández Saa, MJ Sáiz Rubio, I López Fernández,
S Troncoso Recio, M Vilar Pérez, S Blanco Sio

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo

PALABRAS CLAVE: central medular cord-cervical spinal cord injury-traumatic

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

El síndrome medular central (SMC) es la más frecuente de las lesiones medulares incompletas (70%). El mecanismo de producción más habitual es por hiperextensión del cuello, siendo las caídas y los accidentes de tráfico las causas más frecuentes. Se caracteriza por debilidad y pérdida bilateral de sensibilidad termoalgésica, de distribución predominante en MMSS. Varón de 55 años, enolismo activo, sin que consten otros antecedentes de interés, que es traído a urgencias tras ser encontrado en la vía pública por la policía, tendido en el suelo. Discrepancia en el mecanismo lesional referido por las FOP (empujón con posterior caída) y el paciente, que dijo haber sido agredido con múltiples golpes y patadas). A su llegada, intoxicación etílica evidente. Presentaba hematoma periorbitario izquierdo y herida incisa frontal. La exploración neurológica no pudo ser correctamente realizada dada la nula colaboración. No otros hallazgos exploratorios. Pruebas complementarias: Análisis: Lactato 3,3 mmol/dL, sin otras alteraciones. TAC craneocervical: No patología endocraneal, no fracturas ni luxaciones cervicales. Rx de tórax y hombro dentro de la normalidad. El paciente rechazó el alta hospitalaria, alegando dificultad para la movilización, sin que conste reevaluación neurológica en ese momento, apuntando posible problema social condicionante para esta petición. Se decide control en el área de observación. En la reexploración en las horas siguientes: Fuerza 5/5 deltoides, 4-/5 en codos, 0/5 muñecas y musculatura intrínseca. Movilidad de MMII normal. Sin claro nivel sensitivo. Incontinencia urinaria. Se solicita RMN cervical urgente: Alteración de intensidad de la señal en C3, compatible con mielitis postraumática. Dudosos focos de alteración en C5. Se procedió al ingreso en neurocirugía, con diagnóstico de Síndrome medular central. Se decidió manejo conservador y traslado posterior a la unidad de lesionados medulares.

CONCLUSIONES:

La aparición de sintomatología de pérdida de fuerza y sensibilidad en MMS tras un traumatismo cervical, debe orientarnos a la sospecha de SMC. Una adecuada exploración de estos pacientes es fundamental para el correcto diagnóstico clínico. En el caso que nos ocupa, el enolismo del paciente sumado a las limitaciones en la anamnesis, dificultó una pronta identificación del cuadro.

P-2650

HEIMLICH: UNA MANIOBRA SENCILLA PERO COMPLICADA

B López Cañas, C Milian Donet, A Cherino Talens,
E Ríos Sagastizábal, E Fuentes Miguel, A Ramos Marzo,
J Villalonga Musoles

Hospital de Llíria. Valencia

PALABRAS CLAVE: resucitación-urgencias gastrointestinales-vía aérea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente 45 años sin antecedentes de interés que consulta por sensación de distensión abdominal y dolor intermitente en hemiamdmen derecho que mejora tras la ingesta. Disminución de la expulsión de gases con hábito intestinal conservado y heces normales. Vómitos alimentario-acuosos al inicio del cuadro que se resolvieron tras pauta de domperidona por MAP. Febrícula las últimas 24 horas. Disminución de la ingesta, aunque buena tolerancia, por molestias en garganta tras episodio de atragantamiento hace 12 días que resolvió él mismo practicando maniobra de Heimlich contra respaldo de una silla. A la exploración física REG, NH, NC, COC. Eupneico en reposo. TA: 122/66 mmHg, FC: 125 lpm, Sat O2 AA98%. Temperatura: 37,2°C. ACP normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho con mayor intensidad en FID y discreta defensa, maniobras apendiculares negativas. No hernias ni masas ni megalias, no distensión abdominal, no timpanismo, peristaltismo conservado. En analítica destaca Hb 10 g/dL, hematocrito 29,4%, leucocitos 24740 con N 21430, potasio 2,4 mEq/L. Resto normal. Rx abdomen: patrón aéreo intestinal inespecífico. Rx tórax: atelectasias subsegmentarias basales derechas. En TAC abdomino-pélico: se identifica líquido intraabdominal en raíz de mesenterio y epi-mesogastrio, que se extiende hacia hipogastrio, retroperitoneo y FID, parcialmente coleccionado con un diámetro longitudinal máximo de aproximadamente 19,9 cm. Se observa engrosamiento de paredes de cuarta porción duodenal distal-yeyuno proximal, sin identificar solución de continuidad con burbujas de aire ectópico en relación con neumoperitoneo, compatible con perforación de víscera hueca. Se interviene de urgencia sin extravasación de azul de metileno por SNG en quirófano por lo que se diagnostica de microperforación gástrica precisando drenaje posterior ecoguiado de abscesos y antibioterapia de amplio espectro con buena evolución.

CONCLUSIONES:

Se presenta este caso por la evolución subaguda de la clínica que dificultó el diagnóstico de inicio y por tratarse de una complicación tras una maniobra de Heimlich. Otras complicaciones: perforación yeyunal, esofágica o gástrica, rotura de válvula aórtica, trombosis de aorta abdominal, laceración mesentérica, fractura costal, rotura diafragmática o neumonía aspirativa. Son poco frecuentes y es mayor el beneficio que los riesgos siempre que se realice de forma correcta.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2661

APOPLEJÍA HIPOFISARIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

J Mínguez Platero, M Borrás Beltrán, R García Bayo, J Simó Gisbert,
Y Silvero, M Timoner Almiñana

Hospital General d'Ontinyent. Valencia

PALABRAS CLAVE: apoplejía-hipófisis-cefalea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón, de 31 años de edad, con antecedentes de macroadenoma hipofisario extirpado parcialmente en el año 2012 y tratado posteriormente con radioterapia. En seguimiento radiológico de su macroadenoma hipofisario. Acudió al servicio de urgencias por cuadro de cefalea de 24 horas de evolución, súbita y de gran intensidad, sin irradiaciones. No se asoció a pérdida de conciencia o vómito. En esa ocasión se dio de alta con antiinflamatorios no esteroideos con los que hubo una mejoría parcial del cuadro, sin embargo, 48 horas después el paciente reingresa por persistencia del dolor asociado a náuseas, vómitos y sensación vertiginosa. Examen físico: Buen estado general, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. Examen físico general y examen neurológico normales. Se solicitan pruebas básicas de laboratorio cuyos resultados se encuentran dentro de los límites normales. Se realiza TAC craneal con contraste que evidencia una masa en la silla turca con áreas de hemorragia, sugestiva de posible apoplejía hipofisaria en el contexto clínico del paciente. Una vez diagnosticado, el paciente se traslada al servicio de neurocirugía de referencia donde se adopta una actitud terapéutica conservadora con posterior alta hospitalaria y seguimiento a nivel ambulatorio.

CONCLUSIONES:

La palabra apoplejía se origina del griego e implica un episodio súbito de deterioro de la función cerebral. La apoplejía hipofisaria es un síndrome clínico que se produce como consecuencia de la hemorragia o infarto de un adenoma preexistente, presentando clínica de compresión de estructuras periselares o signos de irritación meníngea. Se trata de una urgencia neuroendocrinológica poco frecuente (1-2% de los adenomas hipofisarios), pero cuyo diagnóstico, si se desconoce la presencia de tumor, generalmente es confundido con otras entidades como hemorragia subaracnoidea o meningitis aguda, por lo que es necesario incluir esta complicación en el diagnóstico diferencial cuando se presentan cefalea, anormalidades del campo visual, oftalmoplejía y alteración del nivel de conciencia.

P-2662

PERFORACIÓN DUODENAL A VÍSCERA VECINA

AI Municio Heras, L Meana Sánchez, BM Martínez Mengual,
MJ Amador Tejón, MI Rodríguez Rodríguez, ME Méndez Infiesta,
E Díaz González

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

PALABRAS CLAVE: úlcera-perforación-duodeno

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de sesenta años con antecedente de hepatitis crónica VHC tratada con Interferón y Rivavirina con negativización de PCR viral, e Hiperuricemia a tratamiento con Alopurinol. Es traído a Urgencias por el servicio de Atención Médica Urgente, con diagnóstico de sospecha de Colico Nefrítico Derecho. El paciente refiere cuadro brusco de dolor abdominal, de localización en epigastrio, con irradiación a frcda que lo despierta durante la noche. No presenta clínica miccional, no refiere ingesta de antiinflamatorios. A la exploración encontramos un paciente afectado con dolor y defensa en epigastrio. Analítica poco significativa y radiografía de Torax normal. Radiografía simple de abdomen con dos imágenes calcícas paravertebrales derechas L3-L4. Dada la escasa respuesta clínica del paciente al tratamiento analgésico pautado, se solicita Tomografía axial Abdominal, en el que se observa presencia de numerosas burbujas de neumoperitoneo en hemiabdomen superior, así como una pequeña cantidad de líquido libre perihepático, en Morrison y gotiera paracólica derecha, llamando la atención, un engrosamiento parietal en porción pilórica/primer porción de duodeno, que asocia pequeñas burbujas de aire, que parecen extraluminales adyacentes. Ante la sospecha de Perforación Duodenal el paciente es derivado al servicio de Cirugía General para tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES:

La perforación como complicación de las úlceras gastroduodenales, sigue representando aproximadamente el 10% de las mismas, siendo más frecuente en el sexo masculino, y con una mayor prevalencia entorno a los 40-50 años. La forma de presentación es un abdomen agudo, normalmente con dolor epigástrico intenso y vientre en tabla, por afectación peritoneal. El diagnóstico se basa en la aparición de neumoperitoneo en la radiografía simple de abdomen. Pero en ocasiones la perforación se produce hacia una víscera vecina (hígado o páncreas), lo que produce una modificación de la sintomatología y pérdida de respuesta al tratamiento con dolor refractario.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2663

COMPLICACIONES AGUDAS DE UN TRATAMIENTO CRÓNICO
CON CORTICOIDESI Fernández Vidaurreta (1), L Labajo Montero (2), E Zugazaga Badallo (1),
C González Jiménez (1), D Linares Cacho (1), D Castell Benito (1)

(1) Hospital Torrejón de Ardoz. (2) Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfisema-neumotórax-fracturas patológicas**ÁMBITO DEL CASO:**

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se presenta el caso de una mujer de 67 años, que acude a Urgencias por edema generalizado en cara, cuello y tronco, de aparición progresiva en las 24 horas previas. Presenta sensación de cuerpo extraño faríngeo, disfagia y disnea de mínimos esfuerzos. Antecedentes personales de Artritis Reumatoide de larga evolución, en tratamiento con Metotrexato, Dolquine y dosis de mantenimiento entre brotes de Prednisona 5mg al día, desde hace más de 5 años. Seguimiento habitual en las consultas de Reumatología. En estudio por tos y alteraciones radiológicas, se apreciaron recientemente por TC torácico hallazgos sugerentes de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID), motivo por el cual se inició 3 semanas antes un ciclo de Prednisona a altas dosis (60mg diarios). En ese momento se añadió al tratamiento una combinación de Carbonato cálcico y ácido alendrónico. A la exploración, constantes mantenidas en límites normales, taquipnea (20 rpm) con leve aumento del trabajo respiratorio. Facies cushingoide, edema generalizado en cara, cuello y tronco, con enfisema subcutáneo palpable a todos los niveles, incluyendo tercio proximal de miembro superior izquierdo. Auscultación pulmonar: hipoventilación generalizada, con crepitantes bibasales. Resto sin hallazgos. En la radiografía de tórax se aprecian alteraciones compatibles con un enfisema subcutáneo generalizado, por lo que se solicita TAC torácico para completar estudio. Informe: múltiples fracturas costales bilaterales (desde 5° a 10° arcos izquierdos y del 5° al 7° arcos derechos), moderada cantidad de neumotórax izquierdo, distribuido en la vertiente anterior y muy extenso neumomediastino y enfisema subcutáneo en pared torácica, que se extiende a prácticamente todos los espacios del cuello, llegando a la cara. Ante el cuadro de múltiples fracturas patológicas, sugerentes de secundarias a tratamiento corticoideo crónico, se traslada a quirófano para colocación de tubo torácico, para drenaje de neumotórax, con correcta evolución clínica.

CONCLUSIONES:

Las últimas recomendaciones para el manejo preventivo de la osteoporosis inducida por corticoides incluyen a mujeres postmenopáusicas que reciban más de 5 mg al día durante más de 3 meses, o más de 7.5 mg en hombres y mujeres premenopáusicas. Según estas indicaciones, esta paciente debería haber recibido tratamiento profiláctico años antes del último incremento de dosis de corticoides.

P-2664

FRACTURA BILATERAL SIMULTÁNEA CADERA EN PACIENTE
JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASOM Soler Núñez, LF Prado Martín de Lucía, FJ Sánchez Cervantes,
D Jiménez-Peña Mellado, M Conde Melgar, J Ruiz del Pino,
E Enríquez Álvarez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: bilateral-simultánea-fractura cadera**ÁMBITO DEL CASO:**

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCION: La fractura de cadera es una patología muy prevalente que conlleva una elevada morbimortalidad. Habitualmente es unilateral, de causa osteoporótica y secundaria a traumatismo. A continuación, describimos el caso de una fractura atraumática de cadera bilateral y simultánea en una paciente joven. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 41 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos que acude a consulta en silla de ruedas por dolor en ambas caderas de carácter mecánico que le limita la movilidad. No dolor en otras localizaciones ni otra clínica relevante. Como antecedentes personales refiere accidente de tráfico unos meses antes que precisó tratamiento rehabilitador por cervicodorsalgia y seguimiento de cáncer de mama con metástasis óseas desde hace 2 años en Oncología con buena respuesta a tratamiento. Precisa analgesia de tercer escalón OMS. A la exploración destaca fuerza y sensibilidad conservada de MMII con dolor ambas caderas, principalmente de cadera dcha. Ante la sospecha de progresión ósea por clínica y sin poder descartar fractura ósea a nivel de pelvis se completa estudio imagen. En Radiografía simple se sospecha fractura pertrocanterica izda impactada que confirmamos con TAC de urgencias y descubre además fractura impactada de cuello fémur dcho. Se presenta el caso en sesión clínica y se prepara a la paciente para intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Las fracturas de cadera constituyen un verdadero problema de salud pública por su alta prevalencia, riesgo y coste. Si además coexisten patologías o la posibilidad de metástasis óseas se limita la capacidad de recuperación. En el caso clínico expuesto se añade un hallazgo poco frecuente en este tipo de fracturas: la bilateralidad. El médico de urgencias debe valorar esta posibilidad en pacientes oncológicos de cualquier edad como una verdadera emergencia. La decisión terapéutica debe ser multidisciplinar, teniendo en cuenta la esperanza de vida del paciente, el dolor y la funcionalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2665

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR POR MIRTAZAPINA ENDOVENOSA

R Gómez Pescoso, C García Marichal, B León Quesada,
E Rodríguez Llarena, F Farrais Expósito

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife

PALABRAS CLAVE: ischemia-toxicity-upper extremity

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Presentamos el caso clínico de un varón de 31 años de edad, adicto a drogas vía parenteral (ADVP), que ingresa en el servicio de urgencias refiriendo administración de 1 comprimido de 30 mg de mirtazapina, diluida en agua, por vía intravascular, en flexura de miembro superior derecho (MSD) aproximadamente 2 horas antes de su llegada. Tras el triaje, el paciente es remitido al área de atención a las emergencias, donde recibe atención inmediata, objetivando que el enfermo es colaborador, aunque agitado por intenso dolor en MSD, el cual destaca por su palidez, con lividez y cianosis distal, pulsos radial y cubital débiles, con muñeca en flexión ventral e imposibilidad para la extensión de la misma, así como gran limitación de la movilidad de los dedos, con pérdida de sensibilidad en territorio del n. cubital y n. mediano a nivel distal. Se inició tratamiento analgésico potente ev y, ante la gravedad de los hallazgos clínicos, se instauró tratamiento inmediato con heparina a dosis terapéutica, prostaglandinas ev y nitroglicerina tópica en parche proximal a la lesión.

CONCLUSIONES:

La administración de fármacos orales por vía intravascular, en pacientes ADVP, aunque raro, es una urgencia clínica que precisa de una correcto triaje y un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones isquémicas irreversibles. En el caso que presentamos, la correcta clasificación inicial de la gravedad del proceso, su atención inmediata y la toma de decisiones basado en la historia clínica y la exploración física, con inicio precoz del tratamiento, pudo evitar que el proceso isquémico evolucionara y se tornase irreversible, con mejoría clínica y exploratoria del paciente a las 24 h y durante su ingreso hospitalario.

P-2666

CUANDO EL EJERCICIO TE LLEVA A URGENCIAS. UN CASO PECULIAR DE RABDOMIOLISIS

M Soler Núñez, D Jiménez-Peña Mellado, J Ruiz del Pino,
M Conde Melgar, E Enríquez Álvarez, E Rosell Vergara

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: rabdomiolisis-urgencias-brazo

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCION. Entre las muchas causas que pueden desencadenar este síndrome de rabdomiolisis, las más frecuentes se deben a traumatismos musculares y/o actividad muscular excesiva. Su clínica es muy variada con algias musculares, malestar general, coluria, signos de deshidratación, fiebre, fatiga, etc. Presentamos el caso de un joven de 19 años que acude a urgencias por dolor en codo derecho tras esfuerzo físico realizado en el gimnasio y que precisa una segunda asistencia a urgencias transcurridos 2 días por inflamación muscular del brazo hasta tercio medio-proximal de antebrazo derecho con limitación de la movilidad del codo a la flexoextensión, discreto aumento de la temperatura local y pulsos conservados. Solicitamos analítica donde destaca CPK de 34257 (resto de analítica es normal). Se ingresa en Área de Urgencias para tratamiento con fluidoterapia intravenosa y control analítico por Rabdomiolisis. Se confirma la buena respuesta al tratamiento sin afectación de la función renal por lo que fue dado de alta en 24 horas.

CONCLUSIONES:

Los casos leves de rabdomiolisis por esfuerzo, no requieren hospitalización pero puede ocurrir en algunos individuos una alteración muscular subclínica que sin embargo conlleva una elevación de CPK más de 500 veces superior al valor normal. Esto los predispone a presentar complicaciones como arritmias y fracaso renal agudo. Es imprescindible realizar una estimación de dicho riesgo tras el diagnóstico de sospecha por anamnesis y exploración física. La confirmación con analítica de sangre y orina nos debe llevar inmediatamente a administrar gran cantidad de líquidos con control de diuresis y función renal lo cual implica una asistencia en área de urgencias decisiva para evitar complicaciones. La clave del pronóstico en rabdomiolisis es la detección y el tratamiento prematuro.



CASOS CLÍNICOS

P-2667

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. HALLAZGO CASUAL

B Peralta Villellas (1), JM Abascal Roda (2)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía.

(2) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

PALABRAS CLAVE: adolescente-abdomen-ecografía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 14 años, acude a Urgencias, remitida de su Centro de Salud, al presentar dolor en hipogastrio y zona lumbar, de varios meses de evolución, cede con AINES. Refiere aumento de perímetro abdominal suprapúbica. Afebril, sin síntomas miccionales, buen ritmo deposicional con heces normales, amenorrea primaria, sin relaciones sexuales. A la Exploración, presenta caracteres sexuales secundarios correlativos a su edad, puño percusión renal bilateral negativa, dolor a la presión en ambos flancos abdominales, con palpación de masa en hipogastrio no dolorosa y móvil de unos 15x15 cm aproximadamente y peristaltismo conservado. Se realiza combur test y analítica sanguínea con normalidad en todos sus valores. Prueba de embarazo negativa. Se realiza Ecografía Abdominal: Imagen heterogénea de 20 cm compatible con hematócolpos. Se remite al Servicio de Ginecología donde es intervenida bajo sedación. Se procede a apertura de himen y drenaje de abundante material hemático coleccionado en vagina. Se dejó sonda de Foley durante 1 semana para facilitar salida de material residual con cita posterior para retirada de sonda. Durante la pubertad con el inicio de la descamación endometrial, estas niñas empiezan a presentar dolor abdominal cíclico de cuantía variable, por la acumulación de sangre en la vagina e incluso llegando a trompas, produciendo así hematosalpix. A veces origina retención de orina por compresión de vejiga y uretra. Su diagnóstico y tratamiento tardío puede producir endometriosis, adenosis vaginal y hemoperitoneo. El diagnóstico por ultrasonido demuestra la distensión de vagina por un contenido habitualmente ipoecogénico. También, es necesario considerar la posibilidad de duplicación vaginal completa, en la que una vagina puede estar permeable y la otra obstruida, originando hemátometra y hematócolpos. Es importante realizar estudios complementarios para descartar otras malformaciones del conducto de Müller.

CONCLUSIONES:

El himen imperforado es una malformación vaginal poco común. De frecuencia entre 0,5 a 1/1000. Aunque poco frecuente, es la anomalía obstructiva más común del tracto genital femenino. Se caracteriza por la falta de canalización del tejido conjuntivo que conforma el himen, permaneciendo ocluida la salida de la vagina. La teoría más aceptada corresponde a una alteración en el desarrollo de los conductos de Müller.

P-2669

NO SIEMPRE HAY QUE ACABAR EN QUIRÓFANO

MA Zapatería García (1), M Falces Añón (1), E Pérez Salvatierra (2), L Yanguas Amatriain (3), MJ Sada Ruiz (3), MA Pérez Gutiérrez (1), C Riba Castel (1)

(1) Hospital Reina Sofía. Tudela. (2) Hospital San Juan de Dios. Tudela.

(3) Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra

PALABRAS CLAVE: neumoperitoneo-espontáneo-dolor abdominal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 55 años de edad sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por malestar abdominal difuso, distensión abdominal, vómitos y alguna deposición diarreaica. No fiebre, no transgresión dietética previa, no otros convivientes afectados. En la exploración física presentaba un abdomen blando, distendido, con dolor leve difuso sin signos de irritación peritoneal. Analítica con leucocitosis leve sin desviación izquierda. En el estudio radiológico (tórax y abdomen en decúbito) se halla neumoperitoneo bilateral (presencia de aire libre subfrénico derecho e izquierdo). Ante el hallazgo radiológico se realiza TAC abdominal que describe neumoperitoneo subfrénico bilateral sin imágenes de perforación de víscera hueca. Se reinterrogó de nuevo al paciente para buscar posibles causas de neumoperitoneo como barotrauma por traumatismo torácico, maniobra de Valsalva enérgica, uso de ventilación mecánica con presión positiva, broncoscopia previa, enfermedades pulmonares, procesos endoscópicos gastrointestinales, accidente de buceo, manipulación del área orofaringea (extracción dentaria o amigdalectomía). Dado que el paciente se encontraba estable, con el dolor controlado, la analítica y la exploración abdominal eran normales, se optó por un tratamiento no quirúrgico y fue ingresado por Cirugía en su planta con el diagnóstico de probable neumoperitoneo no quirúrgico o espontáneo. Se dejó en dieta absoluta con fluidoterapia para vigilancia estrecha y en caso de empeoramiento, practicar laparotomía. Presentó buena evolución sin llegar a precisar intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El neumoperitoneo no quirúrgico, espontáneo, benigno o idiopático supone entre un 5-15% de todos los neumoperitoneos. No es debido a la perforación de una víscera hueca y no precisa de laparotomía urgente.

- La historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias orientarán hacia el diagnóstico y la actitud terapéutica a seguir.
- Hay que indagar en los antecedentes del paciente con la finalidad de buscar etiología del neumoperitoneo no quirúrgico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2670

TRAUMATISMOS TORÁCICOS,
OJO CON LAS FRACTURAS ESCONDIDAS

EM Martín Ordóñez, J Fonseca Ortega, A Irímia, L Canal Sordo,
A González Rodríguez, S Rivas Menéndez, MA Jaén Vera

Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres (Asturias)

PALABRAS CLAVE: traumatismos torácicos-fracturas de las costillas-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 53 años sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo. Refiere caída casual el día anterior con traumatismo dorsal, sin disnea ni otra clínica asociada. Presenta una exploración anodina, no hematomas ni crepitación ósea a nivel de arcos costales, auscultación sin ruidos sobreañadidos. Dado el antecedente traumático, se realiza radiografía de tórax, objetivándose fracturas de quinto a noveno arcos costales izquierdos, sin patología a nivel de columna dorsolumbar. Siguiendo el protocolo y dado que en nuestro hospital no disponemos de Servicio de Cirugía Torácica (CxT), se decide trasladar al paciente al Hospital Central de Asturias (HUCA), donde se encuentra el CxT de referencia. Es retorno tras valoración por su parte, por falta de camas, con recomendación de Observación Hospitalaria. Durante su estancia en la Unidad de Observación, se objetiva un empeoramiento clínico, con mal control analgésico y aparición de disnea, por lo que se decide realizar tomografía computerizada (TC) torácica, con hallazgo de fracturas de quinto a undécimo arcos costales, atelectasias basales bilaterales, siendo más extensa la del lado izquierdo. Ante el nuevo hallazgo y el empeoramiento clínico, se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UVI) para tratamiento, con buena evolución y alta hospitalaria 5 días más tarde.

CONCLUSIONES:

Los traumatismos torácicos (TT) representan un problema frecuente, en probable relación con la elevada incidencia de accidentes domésticos, laborales y de tráfico, sobre todo en gente joven. Tienen asociada una elevada morbilidad en el caso de aquellos pacientes que requieren ingreso hospitalario, ya que las complicaciones se instauran de forma súbita. En la mayoría de las ocasiones, medidas sencillas de diagnóstico y tratamiento pueden prevenir situaciones de extrema gravedad e incluso el fallecimiento de los pacientes. Es importante disponer de un protocolo de actuación y es fundamental observar la evolución clínica de los pacientes que han sufrido un TT, para poder actuar con inmediatez en caso de empeoramiento y de este modo evitar complicaciones graves.

P-2671

PARTO DISTÓCICO EXTRAHOSPITALARIO ATENDIDO POR EQUIPO
AÉREO 061 ANDALUCÍA

F Aranda Aguilar (1), J Borja Padilla (2), I Molina Delgado (3),
M Aranda Torregrosa (4), MM López Aguilar (4)

(1) Empresa Pública de Emergencias Andalucía 061 Córdoba. (2) Médico de Emergencias de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía 061 Huelva. (3) Enfermera de Emergencias de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía 061 Córdoba

PALABRAS CLAVE: emergencias-parto obstétrico-distocia

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 32 años, de parto, secundípara. Embarazo a término (41 semanas). Antecedentes: primer embarazo por cesárea al presentar problemas durante el periodo expulsivo. A nuestra llegada, llevan 60 minutos en periodo expulsivo sin evolución favorable. La madre muestra signos de cansancio, trabajo de parto cada vez menos efectivo: en las últimas contracciones el niño no llega a pasar del 3º plano. Decidimos episiotomía derecha y ayudar en la contracción mediante maniobra de Kristeller. Tras clampaje y corte del cordón umbilical, el niño presenta coloración cianótica, flaccidez y apnea. Pulso braquial normal, FC 160 x/m, saturación O2 87%. Test de Apgar: 3 puntos. Procedemos a reanimación tipo 2: aspiración de secreciones (presencia de meconio), cánula oro-faríngea y ventilación manual. Se intenta canalización umbilical sin éxito por no disponer del fungible necesario. Tras 3 minutos el niño comienza con distress respiratorio. Continuamos apoyo manual respiratorio al mantener Glasgow de 3. Tras 5 minutos mejora progresivamente el nivel de conciencia, desaparece el distress respiratorio, frecuencia respiratoria normal, presenta llanto fuerte, frecuencia respiratoria 20 y saturación O2 96%. Mantenemos mascarilla venturi 3 litros al 24%. Examen físico del niño 25 minutos tras el parto: tensión arterial 80/60 mmHg, frecuencia cardíaca 174, Saturación 92%. Glucemia: 85 mg/dl. Temperatura: 37°C. Apgar: 10. Tras exploración y constantes de la madre dentro la normalidad. Conservamos vía con suero fisiológico 30 ml/h. Conocidas las características del traslado aéreo determinamos el traslado de la madre vía terrestre acompañada por el equipo de urgencias de atención primaria para continuar el alumbramiento y el traslado del niño por medio aéreo 061.

CONCLUSIONES:

La atención de los equipos aéreos de partos extraclínicos conllevan un problema en el traslado, si éste no se ha llevado a término de forma satisfactoria. Los equipos de emergencias extrahospitalarias deben poseer el conocimiento y habilidades necesarias para abordar de forma segura las urgencias y emergencias obstétricas. Aunque episiotomía y maniobra de Kristeller están en desuso, en algunos casos y de forma excepcional su utilización resulta necesaria. Caso clínico muy atractivo desde el punto de vista clínico, ético y de seguridad de, en nuestro caso, dos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2672

ATENCIÓN AL POLITRAUMATIZADO GRAVE
EN UN HOSPITAL COMARCAL

MA Jaén Vera (1), N Pérez Villanueva (1), D Peña Villamar (1),
JD Pozo López (2), J Azpiroz Tuñón (3), R Tuñón Sánchez (1)

(1) Hospital Álvarez Buylla. Mieres. (2) Hospital Francisco Grande Covián.
(3) Hospital de Cabueñes. Asturias

PALABRAS CLAVE: atención al paciente-traumatismo múltiple-servicio de urgencia
en hospital

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 78 años, accidente de automóvil con salida de la vía, vuelco y necesidad de extricación por los bomberos. Tras la llegada de UVI móvil mantiene Glasgow 10, con sospecha de contusión torácica, sin dificultad respiratoria, sospecha de lesión abdominal y fractura abierta en miembro superior izquierdo, con sangrado activo. Es trasladado en colchón de vacío con inmovilización cervical, oxigenoterapia, monitorización, acceso venoso periférico y sueroterapia. A la llegada a nuestro hospital se solicitan pruebas complementarias (analítica, pruebas cruzadas y pruebas de imagen). Durante la realización del TAC corporal es necesario acceder a vía intraosea, por inestabilidad hemodinámica. Se observan fracturas del atlas, apofisis transversa de C5, C6, C7, sin poder descartar rotura de arteria vertebral, fractura de apofisis transversa de T3, T4, fractura de 1º a 3º costillas izquierdas con hematoma subyacente. Fractura esternal. Fractura acromion y cabeza y diáfisis del humero izquierdo abierta. Fractura acuñaamiento L1. Realizamos estabilización hemodinámica con sueroterapia hasta disponer de concentrados de hemáties, compresión directa del miembro sangrante y ante la sospecha de sangrado interno activo se administró ácido tranexámico y analgesia con derivados mórficos. Posteriormente se traslada al hospital de referencia de nivel superior.

CONCLUSIONES:

Hospital comarcal ubicado en el área VII de Asturias, con una población de 62221 habitantes. Nuestro hospital de referencia es el Hospital central de Asturias ubicado en Oviedo a 18,6 km. A pesar de que las guías NICE recomiendan traslado de pacientes politraumatizados graves a un hospital con unidad de cuidados especializados si se encuentran a menos de 60 minutos, en ocasiones, es necesario atenderlos en un primer momento en nuestro hospital ante la sospecha clínica de lesión abdominal interna o inestabilidad hemodinámica. En este caso probablemente el paciente se beneficia de las medidas iniciales adoptadas, según los protocolos establecidos, recomendaciones según las guías NICE, y formación de profesionales. Actualmente se encuentra dado de alta de la unidad de intensivos y en la unidad de traumatología del hospital de referencia.

P-2673

ROTURA RENAL EN POLITRAUMATIZADO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

L Arboleya Álvarez (1), MM Padilla Suraña (1), D Fernández Suárez (1),
A Gutiérrez González (1), A Rodrigo Granda (2),
L Álvarez Rodríguez (2), CA Carrillo Chimbo (1)

(1) Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias).
(2) Complejo Asistencial Universitario de León

PALABRAS CLAVE: múltiple trauma-abdominal pain-ethanol

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES Varón 48 años. NAMC. Fumador 20 cigarros/día. Consumo de alcohol ocasional, niega otros tóxicos. Sin otros antecedentes de interés. HISTORIA ACTUAL Paciente trasladado al hospital por la UVI móvil, encontrado consciente, tendido en un camino junto a su moto, en decúbito prono, sin casco y aparentes signos de ingesta enólica. No sabe si colisión previa. En urgencias, consciente, vía aérea permeable, inmovilización cervical con collarín rígido, expansión torácica y auscultación simétrica bilateralmente, saturando al 95%, TA 96/64 FC 73lpm. Se canalizan dos vías periféricas y se inicia SSF 0.9% 500cc en perfusión rápida, no hay evidencia de hemorragia externa, pulsos periféricos conservados. Las pupilas son isocóricas y reactivas con Glasgow 14 (V: 5, O: 3, M: 6). Tº 36.5. En la evaluación secundaria destaca dolor en MSD a nivel del hombro, con crepitación acromial. Importante dolor abdominal con matidez y defensa predominantemente en hipocondrio derecho y a la palpación de últimos arcos costales, sin crepitación. No hay sangrado uretral ni hematoma perineal por lo que se realiza sondaje obteniéndose orina evidentemente hematórica. Se administra fentanilo como analgésico y se solicitan TAC craneo-tóraco-abdominal con contraste que informan como: Hematoma y laceraciones polar superior e inferior renal derecha. Sangrado vascular activo en fase venosa, secundario a laceraciones de ramas segmentarias principales venosas con sangrado activo en polo inferior. Tras valoración por urología y medicina intensiva acuerdan actitud expectante con observación en UVI. Precisa fentanilo en perfusión por mal control analgésico. Tras 48h, se traslada a urología donde, es dado de alta a los nueve días sin incidencias. Diagnóstico PRINCIPAL Politraumatismo secundario a tráfico. Traumatismo abdominal cerrado con hematoma-laceración polar superior e inferior derecha con sangrado vascular activo en fase venosa.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de los pacientes politraumatizados es una tarea complicada que requiere un conocimiento profundo, experiencia, destreza técnica y capacidad de liderazgo. En uno de los pacientes más difíciles a los que se enfrenta el médico de urgencias, es por eso necesaria la estandarización de los cuidados que conducen a una reducción de la mortalidad y morbilidad.





CASOS CLÍNICOS

P-2674

FRACTURA ESPONTÁNEA DE PELVIS

JT Camino Acha, R López González, A Cabezas Amurgos,
M Matías Flecha, F Cañón Díaz, A Alonso Arévalo,
JA Álvarez Rodríguez

Hospital de León

PALABRAS CLAVE: metástasis-fractura-dolor

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Las fracturas patológicas acontecen espontáneamente o ante traumatismos de baja energía en áreas de debilidad ósea con arquitectura y densidad desvirtuadas. Presentamos el caso de una neoplasia pulmonar que debutó con fractura patológica de pelvis. Mujer de 51 años que acude a urgencias de traumatología por dolor inguinal y en cadera derecha que aumenta con la deambulación y dolor lumbar crónico. Como antecedentes presenta tabaquismo y trastorno psiquiátrico crónico, tratado con antidepresivos y ansiolíticos, sin traumatismos actuales ni antiguos. Exploración: dolor intenso y limitación funcional a los movimientos de cadera derecha, limitación para la deambulación y dolor a la presión sobre apófisis espinosas dorsales bajas y lumbares. Exploración por aparatos y neurológica normal. Radiografía de columna lumbar: aplastamiento de cuerpo vertebral L12 con ligero desplazamiento del muro posterior (figura 1). Radiografía de pelvis: fractura de rama iliopubiana derecha sobre lesiones líticas en rama horizontal de pubis (figura 2). Radiografía de tórax: nódulo en lóbulo superior derecho (figura 3). La paciente ingresó por sospecha de fracturas patológicas secundarias a metástasis líticas de un tumor pulmonar. El diagnóstico fue confirmado por TAC Toraco-abdominal mostrando una masa pulmonar derecha y múltiples lesiones óseas líticas en todo el esqueleto regional.

CONCLUSIONES:

Las fracturas patológicas se asocian a trastornos metabólicos, tumores óseos primarios y metástasis óseas, aunque causa más común actualmente es la osteoporosis. En la enfermedad metastásica el dolor puede deberse al crecimiento del tumor, al edema perilesional, al incremento de la presión intraósea o a la debilidad por la pérdida de hueso (resorción ósea). Es una valiosa señal de riesgo de fractura, como en el caso expuesto. El hueso es el tercer sitio más común para metástasis después de pulmón e hígado, siendo la incidencia de fracturas patológicas en los pacientes con neoplasias del 1%-2%. El 25% de las metástasis óseas progresan a fracturas. Destacamos la importancia para el médico de urgencias de valorar el dolor óseo localizado y las fracturas sin antecedente traumático, como signo de alerta ante la posibilidad de una enfermedad neoplásica subyacente primaria o extendida.

P-2675

¿CÓDIGO ICTUS POSTRAUMÁTICO?

MJ Carrillo Burgos (1), J Nicolás Gálvez (1), JC García Rodríguez (1),
FJ Sánchez Melgarejo (1), MI Arjona López (2), P Povzum (1)

(1) Hospital Morales Meseguer. (2) Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

PALABRAS CLAVE: disección-carótida-traumática

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Historia Clínica: Varón de 34 años sin antecedentes de interés que trae el 061 tras accidente de moto sin otro vehículo implicado. Refiere dolor en hombro dcho y dolor abdominal difuso. Exploración física: Consciente y Orientado. Glasgow 15 TA 144/79 mmHg. T° 35.8°C. FC 65 lpm. SatO2 98% ACP normal, Abdomen normal, Hombro dcho normal. No focalidad neurológica, amnesia del episodio. 15 minutos después comienza con parálisis facial central izquierda, desviación conjugada de la mirada a la derecha, pérdida de fuerza (0/5) y sensibilidad en extremidad superior izquierda y algo menor grado en MII. Exploraciones complementarias: BQ Hemograma y coagulación: sin alteraciones. TC cuello tórax abdomen y pelvis: sin evidencia de patología. Actuación: pasa a Neurocirugía y radiología intervencionista con la sospecha de Código Ictus Vs Disección carotídea. Se le realiza AngioTC de Troncosupraaórtico y arterias cerebrales y TC de perfusión: infarto agudo-hiperagudo del territorio de la arteria cerebral media dcha secundario a oclusión de la carótida interna dcha (ACID) proximal por disección, junto con disección también en carótida interna izda (CII) que no origina oclusión. Tras estos hallazgos se realiza trombectomía mecánica con colocación de stent sobre la disección de la ACID con buena replección de ramas intracraneales distales, postergando el tratamiento del lado izdo a la aparición de síntomas a pesar de tratamiento anticoagulante intravenoso.

CONCLUSIONES:

La disección traumática de la arteria carótida interna (DTACI) por traumatismo cerrado es una entidad rara e infradiagnosticada. La embolización secundaria a la disección puede provocar ictus isquémico. El cuadro clínico se caracteriza por déficits neurológicos que sugieren accidente vasculocerebral, con deterioro del nivel de conciencia, mono o hemiparesias, afasia, que pueden instaurarse precozmente, o tardar minutos, horas, días e incluso semanas en aparecer. La clave del manejo de estos pacientes es obtener un diagnóstico precoz antes de que un periodo de isquemia prolongado cause daño celular grave.



CASOS CLÍNICOS

P-2680

ÍLEO BILIAR. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

AM Roco García (1), JM Fernández Núñez (1), M Gata Maya (2),
L Fernández Camacho (1)

(1) Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

(2) Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

PALABRAS CLAVE: vómitos-obstrucción intestinal-íleo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 61 años, sin antecedentes de interés, consulta en urgencias por vómitos oscuros y dolor abdominal cólico de 4 días de evolución. En la exploración física presenta dolor en hipogastrio y discreta leucocitosis. En la radiografía simple de abdomen (RSA) se objetiva dilatación de asas de intestino delgado (ID) con imagen en pila de monedas. Tras reposo digestivo 24 h y tolerancia oral es alta con diagnóstico de gastroenteritis aguda (GEA). A las 24 h consulta nuevamente por persistencia de vómitos oscuros, presenta hipopotasemia leve y en la radiografía se observa dilatación de asas sin niveles hidroaéreos. Después de 24 horas de observación, reposición de potasio y tolerancia oral se procede al alta con diagnóstico de GEA. A las 48 horas consulta de nuevo por vómitos oscuros, en RSA se objetiva obstrucción intestinal con dilatación de asas ID, se procede a colocación de sondaje nasogástrico (SNG), con débito de 200cc de contenido fecaloideo y se pautan enemas de limpieza que son efectivos. Reevaluada a las 12 h, aunque presenta deposición espontánea y exploración abdominal anodina, ante débito por SNG de 500cc y leucocitosis moderada se decide solicitar TAC abdominal para descartar causa mecánica de la obstrucción de intestino delgado (OID) informado como: íleo biliar con concreción biliar de molde cálcico en fosa iliaca izquierda y cálculo impactado en el cuello vesicular. La paciente ingresa para intervención quirúrgica urgente.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de obstrucción intestinal de intestino delgado se basa en los signos clínicos, la historia clínica y los hallazgos de las pruebas de imagen. La RSA sigue siendo la exploración de imagen inicial debido a su accesibilidad y bajo coste. La TC es la prueba diagnóstica más utilizada para la evaluación preoperatoria de la OID, con una especificidad del 96%. El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar y una causa de obstrucción intestinal poco frecuente. La zona más frecuente de obstrucción es el íleon distal y la válvula ileocecal. El reconocimiento de los signos radiológicos habituales del íleo biliar ayuda a realizar un diagnóstico preciso y precoz en una patología poco habitual pero de pronóstico potencialmente grave.

P-2681

ATROPELLO EN PACIENTE ANTICOAGULADO

S Rivas Menéndez, Y Fernández Ramírez, P Agüera Fernández,
A González Rodríguez, A Irimia, S Francesena González,
FJ Martínez Rodríguez

Urgencias. Hospital Álvarez Buylla. Mieres (Asturias)

PALABRAS CLAVE: fibrilación auricular-hemorragia-hernia inguinal

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 84 años traído en Uvi móvil por atropello. Suceso que ocurre en la vía urbana, los testigos refieren el coche circulaba a baja velocidad y el paciente salió despedido un par de metros golpeándose contra el asfalto. No presenta pérdida de conocimiento en ningún momento. No presenta alergias medicamentosas, tiene antecedente personal de fibrilación auricular a tratamiento con anticoagulante oral (sintrom), silicosis primer grado e intervenido de hernia inguinal. A su llegada el paciente se encuentra consciente y colaborador, con amnesia del episodio. Presenta equimosis y edema en cuero cabelludo de zona parietal e inflamación y erosiones en brazo y pierna derechos, sin limitación funcional para la movilización. No signos de focalidad neurológica. Se realiza TC de cráneo, objetivándose hemorragia subaracnoidea asociada a focos de contusión hemorrágica de predominio cortical y hematomas subdurales parasagital izquierdo y frontal izquierdo. No se objetivan otras lesiones a nivel de tórax, abdomen, columna vertebral ni extremidades. Analítica con INR 2.34, por lo que se administra Beriplex para revertir la situación de anticoagulación y el paciente se traslada a servicio de Neurocirugía de referencia donde ingresa para observación y tratamiento. Evoluciona de manera favorable, pero presenta disfasia severa progresiva. Al comprobarse mediante TC el aumento de volumen del hematoma subdural, se decide evacuación quirúrgica del mismo. El paciente presenta mejoría importante del habla y la comprensión tras su realización. Mediante TC de control se comprueba la desaparición prácticamente completa del hematoma conocido por lo que finalmente es alta a domicilio.

CONCLUSIONES:

Debemos tener en cuenta el aumento del riesgo de sangrado tras traumatismos de alto impacto en paciente anticoagulados, así como la importancia de la reevaluación del paciente para poder detectar cambios en su situación clínica y tratar las complicaciones que puedan ir surgiendo. Muy importante que el paciente se encuentre o sea remitido al hospital de referencia que disponga de los medios necesarios para tratar las lesiones o posibles complicaciones que presente.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2683

ROTURA HEPÁTICA POR ANABOLIZANTES

I López Gosling, G Vento García, C Piccone Saponara,
M Clemente Yélamos, M Podaru, N León Caicedo, C Martínez Zarco

Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (Toledo)

PALABRAS CLAVE: rotura espontánea-peliosis hepática-hemoperitoneo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un hombre de 33 años con antecedentes de interés de relaciones sexuales (hombre con hombre) y consumo de anabolizantes no especificados, que acude a urgencias de traumatología por omalgia derecha y dolor en hemitórax derecho sin traumatismo, inicialmente se sospechó rabdomiolisis aguda por el aumento de CPK >1500 UI/L en relación a reciente relación sexual. Durante la evolución en urgencias el dolor tóraco aumento de intensidad y se focalizó en HCD con datos de peritonismo. Los valores de hemoglobina descendieron 5 puntos y se realizó TAC abdominal urgente evidenciándose hemoperitoneo extenso a expensas de rotura hepática espontánea con indicación de laparotomía urgente y packing hepático, posteriormente el paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos y presento evolución tórpida que precisó de nueva laparotomía y segundo packing hepático.

CONCLUSIONES:

La disponibilidad y el uso de sustancias anabólicas esteroideas en la práctica del deporte profesional o amateur, así como en la población en general, se ha hecho cada vez más frecuente. Sus consecuencias a largo y mediano plazo tienen un impacto sistémico con implicaciones complejas y complicaciones agudas que pueden comprometer la vida del paciente. La variedad de efectos incluye desde alteraciones conductuales y de perfil psiquiátrico, pasando por la piel, el aparato cardiovascular, el sistema endocrino metabólico y particularmente el hígado. La peliosis hepática debido al consumo no controlado de estas sustancias es una de las que si bien son poco frecuentes lo que complica su diagnóstico sino se sospecha con anterioridad, puede tener consecuencias fatales para el paciente. Síntomas y signos inespecíficos, pueden desviar y retardar el diagnóstico el cual en ocasiones se hace evidente solo cuando aparecen las complicaciones más graves. El presente caso clínico describe los síntomas y signos poco específicos de un paciente joven que llega a urgencias con otra sospecha diagnóstica pero que posteriormente cambia su situación clínica y las pruebas de laboratorio e imagen conducen al diagnóstico de peliosis hepática, de tratamiento quirúrgico y estabilización del paciente en un periodo inferior a las 24 horas de su llegada del paciente al servicio de urgencias.

P-2692

EL SÍNCOPE DE LA BICICLETA

G Marabé Carretero, A Díaz Salado, L Mao Martín, M Ruiz Grispan,
V Delgado Sardina, M Mateas Moreno

Hospital del Henares. Madrid

PALABRAS CLAVE: síncope-politraumatismos-hematomas

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 20 años sin antecedentes personales de interés que visita urgencias cuadro sincopal de repetición. Como antecedente destaca caída con bicicleta con traumatismo directo sobre costado izquierdo junto a dolor lumbar y abdominal. Exploración física: TA 80/60, FC 60, FR 12, Saturación de O₂ 90% basal, afebril, presenta palidez cutánea y sudoración fría, eupneico, auscultación cardiopulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos y tonos rítmicos sin soplos. Dolor a la palpación abdominal en epigastrio sin palparse masas ni megalias ni identificarse signos de irritación peritoneal y ruidos hidro aéreos conservados. Analítica donde destaca Leucocitos 16.000, Hb 14.6, Hcto 44.0%, Plaquetas 225.000, coagulación normal, glucosa 161, creatinina 1.28, Lactato 2.98 y resto sin alteraciones. Se realiza EcoFAST en Box Emergencia donde se visualiza líquido libre en cuantía moderada en espacio de Morrison, fondo se saco de Douglas y peri esplénico no lográndose visualizar correctamente la silueta esplénica. TAC toraco-abdomino-pelvíco urgente con existencia de rotura esplénica con importante hematoma subcapsular y peri esplénico asociado con extravasación arterial activa de contraste con abundante hemoperitoneo. Se procede a exploración quirúrgica urgente con evidencia de hemoperitoneo de 2 litros y rotura esplénica transversal que afecta al hilio que sangra activamente de arteria esplénica completándose con esplenectomía. Diagnósticos: Shock hemorrágico hipovolémico, Abdomen agudo con cirugía abdominal urgente, hemoperitoneo, rotura de bazo transversal con sangrado activo y traumatismo abdominal cerrado.

CONCLUSIONES:

La evaluación de pacientes con traumatismo abdominal cerrado es uno de los mayores retos en la práctica de emergencia. El bazo es el órgano más frecuentemente lesionado ante un traumatismo abdominal. El examen clínico es a menudo poco fiable. El dolor de rebote, la distensión abdominal, la defensa abdominal, el signo del cinturón de seguridad y la hipotensión tienen indican la necesidad de evaluar rápidamente al paciente. Aunque la mayoría de las pruebas complementarias carecen de especificidad, la hematuria, el aumento de las transaminasas hepáticas y la anemia deben alertar al médico sobre la posibilidad de una lesión intrabdominal. La ecografía abdominal focalizada para trauma abdominal o ecografía FAST es una herramienta accesible, portátil, no invasiva y confiable para el diagnóstico de la presencia o ausencia de líquido en el abdomen. El examen FAST positivo indica una gran probabilidad de lesión intrabdominal y esta prueba puede ser más eficaz que la impresión global del médico. La tomografía computada (TC) es el método de elección actual para la evaluación de pacientes con traumatismo abdominal hemodinámicamente estable.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2693

¿DE DÓNDE VIENE ESTA FIEBRE? ESTOY FATAL!!!

R Castellanos Flórez, R López Izquierdo, S Sánchez Ramón,
M Moya de la Calle, L Fernández Concellón, M Álvarez Rabanal,
A Arévalo Bernal

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: síndrome febril-sepsis-infección por *Gardnerella*

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Historia clínica: Mujer, 34 años, que acude a urgencias por fiebre de 3 días de evolución con dolor en inflamación en ambas ingles y mal estado general, dos días antes, vista por ginecología por vulvovaginitis tratada con fluconazol. Como antecedente aborto espontáneo de 8 semanas hace 2 meses. La paciente es triada como prioridad II con TA: 81/43, taquipnea de 25 rpm, 120 lpm, 37,7°C saturación O₂: 90%, Glasgow 15 (qSOFA = 3) La exploración por aparatos neurológica y de EE es anodina salvo edema importante en región inguinal y suprapúbica y adenopatías a ese nivel rodaderas y dolorosas Activamos código de sepsis y comenzamos tratamiento con hidratación a través de dos vías periféricas, oxigenoterapia, sondaje vesical, hemocultivo y urocultivo Se realizan analítica de sangre, Rx de tórax y ecografía abdomino-inguinal con los siguientes resultados: Analítica sanguínea: 22400 leucocitos (90,7% neutrófilos), 396 PCR (N<10), Procalcitonina 4,55 (indicativo de sepsis grave), resto normal Rx tórax: normal Ecografía abdominoinginal y TAC: proceso infeccioso de partes blandas con celulitis y miositis a nivel inguinal que se acompaña de flebitis por contigüidad posiblemente secundario a vulvovaginitis. Se realiza interconsulta a ginecología de urgencia: realizan toma vaginal para cultivo y desestiman ingreso en su servicio En urgencias se comienza con: piperacilina/tazobactam+clindamicina+linezolid como tratamiento empírico. La paciente ingresa en UVI donde evoluciona de forma favorable no necesitando fármacos vasoactivos clínica analíticamente, se recibe resultado de cultivo de exudado vaginal con resultado positivo a *Gardnerella vaginalis*

CONCLUSIONES:

La *Gardnerella Vaginalis* es una infección del tracto genital femenino causada por un cambio en el tipo de bacterias que se encuentran en la vagina. También conocida como vaginosis bacteriana, la *Gardnerella* es la causa más común de vaginitis bacteriana en personas adultas sexualmente activas. En España se presentan, aproximadamente, 50.000 casos de sepsis grave al año, y afecta en mayor medida a las personas mayores que a los jóvenes. La sepsis grave y el shock séptico evolucionan mortalmente en un 30 al 60% de los casos, mejorando considerablemente si el diagnóstico con activación de código sepsis y el tratamiento con antibiótico es precoz.

P-2702

HOMBRO DOLOROSO: OTROS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

M Domínguez Rodríguez, L Cano Izquierdo, MJ Noguera Marín,
A Conejero Deltell, A Gutiérrez García, G García Ruiz-Calero,
D Brau Queralt

Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: shoulder pain-lymphoma, large b-cell, diffuse-surgical wound infection

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 73 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor de hombro izquierdo de un mes de evolución asociado a tumoración supraescapular de rápido crecimiento que provoca deformidad de la articulación. El paciente había sido tratado hasta el momento como contractura muscular con tratamiento analgésico con antiinflamatorios y calor local. A la exploración afebril, tumoración localizada a nivel de deltoides, con aumento de temperatura, pétreo, dolorosa a la palpación. Imposibilidad para la elevación de miembro superior izquierdo mayor 45°. Adenopatía axilar ipsilateral, adherida a plano profundo. Resto de exploración sin alteraciones. Se ingresa para completar estudio. Se realiza TAC y RNM en las cuales se informa como masa de partes blandas con infiltración ósea de escápula y clavícula a descartar linfoma como primera posibilidad. Adenopatías axilares patológicas. Se realiza biopsia de ganglio linfático y se recoge muestra de hueso y masa de partes blandas con anatomía patológica compatible con linfoma difuso B de células grandes. Se realiza biopsia de médula ósea con reordenamiento BCL2-IGH. Actualmente ingresado en hematología a tratamiento con rituximab y cobertura antibiótica por infección de la herida quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El hombro doloroso es un cuadro habitual en las consultas de urgencias La historia clínica y la exploración física son fundamentales a la hora de realizar un correcto diagnóstico diferencial. A pesar de que la patología tumoral no es muy frecuente no debemos obviarla en aquellos pacientes en los que observamos una mala evolución.





CASOS CLÍNICOS

P-2703

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTE ANTICOAGULADO

E de Pablo Matesanz, MJ Noguera Marín, A Conesa Guillén,
A Gutiérrez García, P Sáez Bueno, GF García Ruiz-Calero,
M Domínguez Rodríguez

Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla. Madrid

PALABRAS CLAVE: abdominal pain-vitamin K deficiency bleeding-hematoma

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 87 sin RAMC, ex-fumador desde hace 15 años (IPA 50), no FRCV, con antecedentes de EPOC GOLD II, FA crónica anticoagulada con Sintron e IC crónica, acude a urgencias por dolor abdominal agudo en FID de inicio súbita tras un acceso de tos. Visto el día anterior en urgencias procedente de consultas Hematología por INR 14 en control rutinario de ACO, donde se administra Vitamina K IV y se procede al alta por no evidenciar clínica ni analíticamente sangrado activo. Se encontraba en tratamiento con levofloxacino y prednisona desde hacía 4 días por infección respiratoria. A su llegada a urgencias, afebril con constantes estables, y a la exploración únicamente destaca leve disminución de MV en base pulmonar derecha, y masa abdominal bien definida, de unos 10 cm de diámetro, móvil, dura y dolorosa a la palpación en FID, sin datos de irritación peritoneal. Se solicita analítica con leucocitosis sin elevación RFA, INR 1'82 y Hb 13 como datos destacables, y radiografía simple torácica y abdominal sin hallazgos. Se pauta analgesia, presentando mejoría clínica, y se solicita TAC abdominopélvico, informado como hematoma de pared a expensas del músculo recto anterior derecho (resto sin hallazgos). El paciente es valorado por cirugía general que desestima tratamiento quirúrgico urgente, permaneciendo en urgencias para observación con control analítico previo al alta con reintroducción de ACO. No obstante, se objetiva anemia de 1 punto en menos de 24h, decidiéndose ingreso para observación y completar tratamiento antibiótico de infección respiratoria con control de coagulación para reintroducción ACO.

CONCLUSIONES:

El tratamiento crónico con ACO requiere un control estricto, y ante una descompensación, es vital una anamnesis detallada para no obviar como etiología, una posible interacción farmacológica, tras añadir medicación específica para tratamiento de procesos agudos intercurrentes, ya que esto puede conllevar complicaciones potencialmente graves. El paciente debería permanecer en observación hasta conseguir normalizar rango de INR y descartar sangrado activo, antes de reintroducir de nuevo el tratamiento con ACO, una vez solucionado el proceso agudo que pudo dar lugar a dicha descompensación.

P-2704

UN SIMPLE CORTE EN LA MANO

S Guzmán Martínez (1) A Aguado Castaño (2), P Javaloyes Victoria (3),
MC Molina Alcántara (1)

(1) C. S. San Blas. Hospital General Alicante. (2) C. S. San Vicente I.

(3) Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: hiperglucemia-absceso-drenaje

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 45 años, natural de Polonia, residiendo en nuestro país más de 18 años como profesional de la albañilería, acude a urgencias por presentar entumecimiento, edema y dolor en mano izquierda tras haberse realizado un corte con objeto oxidado hace 2 semanas. Indica no haber consultado previamente en ningún servicio médico ni ha realizado curas de la herida. Únicamente se ha automedicado con amoxicilina/clavulánico la semana pasada. Como antecedentes personales indica ser fumador de 30 años/paquete, hábito enólico activo importante (toma de un litro de destilado al día). Niega otras patologías ni consumo de medicación habitual. **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.:** Tª 36.3°C TA 150/70mmHg FC 70 lpm Consciente y orientado. Mano izquierda tumefacta con grandes colecciones purulentas que cubren toda la región palmar y dorsal, con zonas de supuración espontánea. Gran impotencia funcional a la movilización de dedos. Celulitis en antebrazo que se extiende hasta codo. Pulso radial no palpable. Relleno capilar en primer dedo lento, resto de dedos relleno capilar conservado. Sensibilidad conservada. ASU: Gluc 853 Urea 51 Cr 1,22 FG 70,67 Na 128 K 4,6 PCR 56,31 Cetonemia 1,1 Leucos 24660 Hb 12 Hto 34,90% Plaquetas 375000 pH 7,38 HCO3 22, 5 Lactato 3 Rx de mano izquierda sin alteraciones óseas agudas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** *síndrome compartimental *infección de tejidos blandos abscesificados *hiperglucemia no cetósica. **EVOLUCIÓN:** A su llegada a urgencias se inicia tratamiento analgésico, antibioterapia empírica y fluidoterapia. Se decide realizar drenaje urgente de lesiones pero ante resultados analíticos de hiperglucemia, se pospone drenaje para control glucémico. Con fluidoterapia e insulino terapia se logra buen control glucémico en unas horas. Posteriormente se realiza fasciotomía compartimental y drenaje de heridas. Se ingresa a paciente para control de heridas y estudio etiológico completo de cuadro hiperglucémico. **JUICIO CLÍNICO:** Síndrome COMPARTIMENTAL EN MANO +HIPERGLUCEMIA A ESTUDIO

CONCLUSIONES:

El síndrome compartimental es una elevación de la presión intersticial, por arriba de la presión de perfusión capilar dentro de un compartimento osteofacial cerrado, con compromiso del flujo sanguíneo en músculo y nervio, lo que condiciona daño tisular. La fasciotomía es el tratamiento de elección. Se deberá estudiar la etiología de la hiperglucemia, aunque sea un hallazgo incidental en un paciente con hábito enólico crónico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2705

ERES ALTO Y DELGADO...

F Beddar Chaib, MI Perea Casado, MJ Cardeñosa Cortés,
P Matías Soler, E Gutiérrez Madrid, D Chaparro Pardo, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PALABRAS CLAVE: disección aórtica-síndrome de Marfan-lumbalgia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 36 años que acude al servicio de urgencias por dolor lumbar de intensidad moderada que comenzó de forma súbita mientras caminaba. El dolor no irradia a miembros inferiores ni está asociado a ninguna otra sintomatología. De inicio se maneja como un dolor osteomuscular y se decide el alta con tratamiento analgésico. Acude de nuevo por intensificación y no mejoría del dolor asociándose náuseas y vómitos biliosos. El dolor no mejora a pesar del tratamiento con analgesia de tercer escalón. En su segunda visita, presenta constantes normales, estando inquieto por el dolor. Hábito marfanoide. La auscultación cardiopulmonar no presenta alteraciones y la exploración abdominal es normal. Presenta como dato llamativo debilidad de los pulsos distales pero conservados y simétricos. Se realiza analítica de urgencias donde se objetivan 17000 leucocitos con desviación izquierda, LDH de 700, Cr de 1.4 y FG: 47.8 sin otras alteraciones analíticas. Se solicita TAC bajo la sospecha de síndrome aórtico con el diagnóstico radiológico de disección de aorta tipo B hasta bifurcación iliaca derecha y dilatación aneurismática de aorta abdominal. Con este diagnóstico, se realiza interconsulta urgente a cirugía vascular quienes realizan cirugía urgente.

CONCLUSIONES:

La disección de aorta se trata de una emergencia vital con elevada tasa de morbilidad (25-30%), siendo poco frecuente en edades por debajo de 50 años (en cuyos casos suele estar asociadas a conectivopatías como síndrome de Marfan). El diagnóstico es complicado y la sospecha se realiza mediante una buena anamnesis y exploración física donde los signos más específicos son la disminución de pulsos distales (30%) y auscultación de soplo de insuficiencia aórtica (20%), siendo el TAC la técnica de elección para el diagnóstico. El tratamiento suele ser quirúrgico y en la mayoría de los casos urgente. A pesar de los avances técnicos y terapéuticos la morbilidad sigue siendo elevada. El alto índice de sospecha y más en pacientes jóvenes, a pesar de la diversidad de presentación clínica, sigue siendo clave para la supervivencia de los pacientes.

P-2709

ABDOMEN AGUDO Y PERFORACIÓN INTESTINAL,
LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN CONTINUA
DEL PACIENTE EN URGENCIAS

AE Pérez Díaz (1) A Fernández López (1), S López Zacarez (1),
C Pérez Díaz (2), M García Aroca (1), M Boksan (1),
J Ramos González (1)

(1) Hospital Santa Lucía. Cartagena (Murcia). (2) Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: péptic ulcer-abdomen-acute-pneumoperitoneum

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 29 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco a nivel de epigastrio, irradiado hacia ambos hipocondrios, de unas 10 horas de evolución, asociando náuseas y vómitos. No refiere fiebre ni otra sintomatología acompañante. A la exploración física presenta regular estado general, constantes estables y defensa abdominal a dicho nivel con signos de irritación peritoneal. Ante la sospecha clínica inicial de una pancreatitis aguda se decide pautar analgesia intensa y se solicita analítica en la que destaca PCR 1.1 y 21370 leucocitos (21370 leucocitos, 87% neutrófilos), con resto de bioquímica incluida amilasa, hemograma y coagulación dentro del rango de normalidad. La radiografía de abdomen simple es anodina y no nos aporta datos de interés para el caso. Reevaluamos a nuestro paciente que persiste con intenso dolor a nivel de epigastrio y defensa abdominal. Ante la posibilidad de perforación intestinal dada la escasa respuesta a analgésicos y la marcada reacción peritoneal, solicitamos radiografía de tórax para visualizar cúpulas en bipedestación en la que se observa imagen de neumoperitoneo subdiafragmático derecho. Se realiza TAC abdominal que muestra neumoperitoneo en hemiabdomen superior con presencia de líquido libre en pelvis y laminar en gotiera paracólica derecha compatible con perforación de víscera hueca. Se contacta entonces con el cirujano de guardia para intervención urgente con realización de sutura de úlcera gástrica perforada. Posteriormente el paciente evolucionó de forma satisfactoria por lo que fue dado de alta con analgésicos y tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*.

CONCLUSIONES:

La perforación de víscera hueca requiere un alto índice de sospecha clínica, el paciente impresiona de gravedad, con peritonismo difuso, pudiendo llegar a presentarse como abdomen en tabla. El riesgo radica en el desarrollo de peritonitis secundaria a la perforación, un cuadro de gravedad vital. Sus causas suelen ser úlcera péptica, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis y cuadros obstructivos. Analíticamente puede haber datos de sepsis y neumoperitoneo en la radiología. El TAC abdominal permite valorar la causa y la localización de la perforación.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2710

UN GIRO INESPERADO

**M Vaguillas Benito, A Gil Rodrigo, M Cardona Botella,
PE Querejeta Fernández, A Carratalá Ballesta, B Brouzet**

Hospital General Universitario de Alicante

PALABRAS CLAVE: pneumoperitoneum-colonoscopy-abdominal pain

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 70 años que acude por deposiciones blandas con sangre oscura en las últimas horas. Además refiere molestias en hemiabdomen derecho que se inician hace 5 días tras realización de colonoscopia con polipectomía. No otra sintomatología acompañante. Se realizó colonoscopia con extirpación difícil e incompleta de varios fragmentos de un pólipo sésil de 4 cm en ángulo hepático y sobre cicatriz de polipectomía previa por lo que se derivó a cirugía para resección. Antecedentes médicos: fibrilación auricular persistente e ICTUS cardioembólico en tratamiento con Dabigatran 150mg/12h. Exploración física: T° 36 °C, TA 189/116 mmHg, FC 75 lpm. Destaca buen estado general con discreta distensión abdominal y leves molestias a la palpación profunda en hipocondrio y flanco derechos, sin signos de irritación peritoneal. Análítica sanguínea: discreto deterioro de la función renal (Creatinina 1.21, FG 46), PCR 0.36, hemoglobina 13.30 g/dL, índice Quick 54% e INR de 1.52 y en la gasometría venosa lactato 2.4. Se solicitan radiografías de abdomen simple y de tórax postero- anterior y lateral en bipedestación con visualización, en esta última, de discreta cantidad de aire subdiafragmático derecho que se confirma mediante la realización de TC abdominal urgente. Ante la sospecha de perforación colónica secundaria al procedimiento endoscópico, en ausencia de inestabilidad hemodinámica o anemia secundaria a hemorragia digestiva baja y dado el buen estado general de la paciente, se decide valoración por cirugía general que opta por una actitud conservadora e ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

La perforación por colonoscopia es infrecuente, pero potencialmente grave por su morbilidad asociada. Una de las causas más frecuentes es la realización de polipectomía y su detección suele ser tardía, por lo que, debemos sospecharlo incluso cuando la distensión y el dolor abdominal son leves y no existen signos de irritación peritoneal, fiebre o leucocitosis, ya que es más frecuente la clínica de perforación de víscera hueca más florida. Las técnicas radiológicas básicas son la radiografía de tórax en bipedestación y de abdomen en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal cuyo signo más frecuente es la presencia de aire subdiafragmático derecho. El tratamiento conservador puede realizarse en casos seleccionados bajo un control clínico estricto.

P-2711

MÁS QUE UN DOLOR DE MUELAS

CT Parramón Castillo

Centro de Salud Segovia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células escamosas-mucosa bucal-diagnóstico diferencial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 88 años con hipertensión, dislipemia y deterioro cognitivo moderado, portadora de prótesis dental, no fumadora, es derivada a Urgencias por odontólogo por dolor y aumento de volumen en encía y mandíbula derecha que progresa pese a varios días de tratamiento antibiótico, sin fiebre asociada. A la exploración se observa tumoración, dura y fija a la palpación, en mandíbula derecha y lesiones blanquecinas en encía ipsilateral. Presenta trismus de 2 cm. No se palpan adenopatías. En la analítica de Urgencias no hay datos de infección. Se realiza TAC, informado como sugestivo de enfermedad periodontal con afectación lítica ósea. Es valorada de forma urgente por cirujano maxilofacial que solicita biopsia de la lesión, informada días después como neoplasia epitelial de tipo escamoso queratinizante. Posteriormente la familia refiere antecedente personal hace 8 años de carcinoma epidermoide en mucosa yugal tratado quirúrgicamente.

CONCLUSIONES:

Más del 90% de los cánceres orales son carcinomas de células escamosas, de los cuales la mitad se desarrolla sobre un epitelio alterado. Afectan con más frecuencia a hombres (con tendencia a igualarse entre sexos) y a mayores de 40 años. Los principales factores de riesgo son tabaco, alcohol, VPH, traumatismos dentales o protésicos, infecciones, inmunodepresión y radiaciones. La variedad de lesiones posibles en cavidad oral y su presentación clínica similar dificultan su diagnóstico diferencial, pero dado que el diagnóstico tardío es la principal causa de baja supervivencia es importante su detección precoz. Para ello conviene una correcta exploración, que incluya tanto la visualización de cambios de color o aspecto de la mucosa como la palpación digital, en busca de manifestaciones precoces (eritroplasia, leucoplasia, líquen plano, úlcera que no cura, hemorragia) o tardías (induración, adenopatías, trismus, otalgia, disfagia, disestesias, dolor). Los ganglios más afectados son los yugulocaratídeos y las metástasis más frecuentes son en pulmón, hígado y hueso. Las lesiones sospechosas deben biopsiarse para descartar malignidad, en caso de diagnóstico de cáncer un estudio de extensión es necesario para planificar el tratamiento, que suele ser quirúrgico, radioterápico o una combinación de ambos. El pronóstico depende de la histología, localización, tamaño, grado de infiltración y presencia de metástasis.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2712

TUMORACIÓN EN ZONA DORSAL

A Aguado Castaño (1), T Prietosanto (1), S Guzmán Martínez (2),
L Córdova Infantes (1), A Carratalá Ballesta (1),
P Querejeta Fernández (1)

(1) Hospital General Universitario de Alicante. C. S. San Vicente I.
(2) C. S. SAN BLAS- HGUA

PALABRAS CLAVE: hematoma espontáneo-pared torácica-mielofibrosis idiopática

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Hombre de 68 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor localizado en hemitórax derecho de 48 horas de evolución junto con la aparición de una gran masa de blandas desde hace 2-3 días que ha ido en aumento progresivo, sin traumatismo previo ni factor desencadenante. ANTECEDENTES: HTA, DM tipo II, ERC estadio III de etiología no filiada, Mielofibrosis idiopática en tratamiento con Ruxolitinib. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se visualiza una deformidad prominente en pared torácica derecha, dolorosa a la palpación y de unos 40-50 cm. No eritema. No aumento de temperatura asociado. La analítica destacaba la pérdida de 2 puntos de hemoglobina con respecto al último hemograma (hace 3 semanas) además de una ligera leucocitosis con un 15% de blastos. No trombopenia y el resto de la coagulación es normal. TACAR : gran aumento de partes blandas en la pared torácica derecha de densidad heterogénea con zonas hiperdensas en su interior que desplaza lateralmente al músculo serrato anterior y que se extiende hasta el mm trapecio ipsilateral (espesor máximo de 5 cm). Jucio clínico: lesión sospechosa de hematoma. A las 24 horas el hematoma se distribuye hacia región más caudal y parece estar no organizado. Se comenta con rx intervencionista y se decide colocar un drenaje percutáneo ecodirigido. A las 48 horas el hematoma se había distribuido caudalmente por lo que no fue subsidiario de drenaje.

CONCLUSIONES:

Los hematomas espontáneos cada vez son más frecuentes en la práctica habitual, ya sean idiopáticos o asociados a anticoagulantes, antiagregantes, coagulopatías o traumatismos. Además el hematoma espontáneo de pared torácica es poco común y se ha asociado a tumores o malformaciones arteriovenosas. La localización más frecuente es el recto anterior del abdomen, pared abdominal, a nivel retroperitoneal, renal, ovario y otros. Se han descrito sangrados espontáneos asociados a trastornos mieloproliferativos, así como algún caso de hematoma espontáneo de pared torácica como forma de presentación de leucemia mieloide crónica. Los mecanismos por los que se produce se desconocen aunque se cree que se deba a defectos específicos de plaquetas (morfología y membrana alterada) y metabolismo anormal del ácido araquidónico.

P-2713

DOLOR ABDOMINAL EN MUJER JOVEN.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

I Ortega Bueno, S Rubio Belmonte, A Rodríguez Jiménez

Zaidín Sur

PALABRAS CLAVE: abdomen, acute-hemoperitoneum-ovarian diseases

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 21 años que acude a SUE por dolor abdominal hipogástrico, que se inicia de manera súbita, sin fiebre, sin disuria, aunque el dolor es similar a otros episodios de ITU. En primera instancia, se procede al alta hospitalaria a pesar de sistemático de orina negativo, con tratamiento domiciliario. La paciente acude de nuevo al servicio de Urgencias seis horas después, por haber sufrido un síncope en su domicilio y persistencia del dolor, que describe como intermitente e irradiado a hombros. Niega posibilidad de embarazo. En el momento en periodo premenstrual. Permanece estable, clínica y hemodinámicamente. A la exploración, dolor a la palpación de hipogastrio sin signos de peritonismo. Se solicita analítica de sangre y orina y se administra analgesia. Durante la espera de resultados, sufre nuevo síncope vasovagal, que remonta con sueroterapia. En la analítica destaca leucocitosis de 17000 con desviación izquierda, con PCR normal y test embarazo negativo. Debido a los resultados de la analítica y la persistencia de la clínica, se decide solicitar ecografía abdominal, en la cual se evidencia un quiste hemorrágico anexial derecho con importante coágulo en fondo de saco de Douglas y hemoperitoneo. La paciente es derivada a Urgencias de Ginecología. Ayí realizan analítica de control, donde se objetiva una pérdida de dos puntos de hemoglobina. Fue ingresada e intervenida por laparoscopia varias horas después.

CONCLUSIONES:

La forma más frecuente de presentación de la rotura de un quiste ovárico hemorrágico, es la aparición brusca de dolor abdominal, sobre todo en la fase lútea del ciclo y tras haber mantenido una relación sexual. Está recomendada la cirugía urgente en caso de que el sangrado cause anemia o inestabilidad hemodinámica. En el resto de casos, el manejo puede ser conservador, basado en el control del dolor y revisiones hasta la resolución espontánea. Por tanto, ante un dolor abdominal en una mujer joven, es importante valorar la patología ovárica dentro de las causas de abdomen agudo, haciendo hincapié en el momento del ciclo menstrual en el que se encuentra y posibilidad de embarazo, pues habría que incluir el embarazo ectópico como otra patología a descartar.





CASOS CLÍNICOS

P-2714

ANURIA COMO DEBUT DE UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

P Rodríguez Lavado, C García-Giralda Núñez, M de la Torre Olivares, N Benítez Samuel, G Alonso Sánchez, A Egea Huertas, E Pérez Pagán

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

PALABRAS CLAVE: obstrucción-anuria-hernia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 59 años de edad con antecedentes de HTA, Dislipemia, Hiperuricemia, insuficiencia renal crónica y neoplasia de próstata intervenida hace 2 años con urostomía terminal. Consulta en urgencias del hospital por molestias abdominales difusas y anuria de unas 4 horas de evolución. La exploración física cardiopulmonar no revela datos de interés, a la palpación abdominal destaca la presencia de una tumoración periurostomía no reductible, sin otros hallazgos relevantes. Se cursan análisis de sangre y orina y pruebas de imagen. Analíticamente se observa un ligero empeoramiento de la función renal con un hemograma normal, sin otros datos significativos. La TC es informada como hernia periurostomía que contiene asas dilatadas compatibles con incarceration, sin otros cambios de interés. Dados los hallazgos se realiza interconsulta al cirujano de guardia que realiza cirugía de urgencias mediante laparotomía media que pone de manifiesto la presencia de una hernia periostomal del asa de la ureterostomía con importante dilatación retrógrada y conformando una especie de bolsón relleno de líquido. Tras la reducción de la misma, comienza un gran débito urinario a través del estoma. El paciente se mantiene unos días en observación en la planta de hospitalización sin surgir ningún acontecimiento adverso por lo que es dado de alta con resolución del cuadro.

CONCLUSIONES:

La obstrucción intestinal ocurre cuando el flujo normal del contenido intraluminal es interrumpido. La obstrucción puede ser funcional o mecánica y aguda o crónica. Si la dilatación del intestino es excesiva o se produce estrangulación, la perfusión puede verse comprometida, conduciendo a necrosis o perforación, complicaciones que aumentan la mortalidad. Las causas más comunes de la obstrucción mecánica del intestino delgado son las adherencias postoperatorias y las hernias. Algunos de los factores de riesgo más importantes para que ocurran incluyen una cirugía abdominal previa, la presencia de hernias, historial de neoplasia, ingesta de cuerpos extraños, irradiación previa. En el caso que nos ocupa, el paciente presentaba varios de esos factores que finalmente ocasionaron una obstrucción intestinal que debutó con anuria.

P-2715

ÍLEO BILIAR, UNA RARA ENTIDAD EN LA ACTUALIDAD

P Rodríguez Lavado, C García-Giralda Núñez, M de la Torre Olivares, N Benítez Samuel, G Alonso Sánchez, A Egea Huertas, E Pérez Pagán

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

PALABRAS CLAVE: íleo-biliar-fístula

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente mujer de 64 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales, HTA y poliartralgias. Consulta por cuadro de vómitos continuos en las últimas 24 horas que no ceden con tratamiento habitual, además, asocia calambres musculares y rigidez de miembros inferiores. A su llegada a urgencias se procede a la exploración física destacando, únicamente, dolor abdominal en hipocondrio derecho a la palpación, sin presencia de masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Las constantes vitales dentro de los límites de la normalidad. Se cursa analítica donde destaca una Creatinina de 4.47, Urea 102, K 3.2 y Hemograma con 20750 leucocitos, Hb 12.9, Plaquetas 420000 y Coagulación normal. Ante tales hallazgos se solicita una ecografía al Radiólogo de guardia que es informada como vía biliar no dilatada con presencia de neumbilia e íleo biliar por fístula bilioentérica de origen coledocístico. Con estos resultados, se contacta con cirujano de guardia que realiza laparotomía media con identificación manual de cálculo, enterotomía y extracción del mismo. El postoperatorio cursa sin incidentes dándose el alta a la paciente en los pocos días.

CONCLUSIONES:

El íleo biliar constituye una rara complicación de la coledocitis, caracterizado por la oclusión intestinal secundaria a la impactación de un lito biliar en algún punto del tracto digestivo debido a la existencia de una fístula bilioentérica. Su diagnóstico se basa en la tríada de Rigler (oclusión intestinal, litiasis ectópica y aerobilia). El íleo biliar es una patología con baja incidencia, si bien, muchos autores plantean una mayor importancia debido al aumento progresivo de la edad poblacional. Es una entidad que aparece, con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y con comorbilidad asociada. El gold standard para su diagnóstico es la radiografía de abdomen mediante la tríada de Rigler la cual se observa en menos del 50% de los casos lo que obliga a la realización de otras pruebas radiológicas como la ecografía o tomografía abdominal. Su tratamiento puede ser bien la enterotomía con/sin colecistectomía diferida bien la enterotomía, colecistectomía y cierre de la fístula.





CASOS CLÍNICOS

P-2716

LA INCERTIDUMBRE DEL DOLOR ABDOMINAL

MC Villa Álvarez

C. S. Moreda de Aller. Asturias

PALABRAS CLAVE: peritonitis-abdomen agudo-laparoscopia

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal ANTECEDENTES PERSONALES: No enfermedades crónicas. Intervenido de meniscopatía de rodilla derecha. No medicación crónica. ENFERMEDAD ACTUAL: Acude por molestias epigástricas de 15 días de evolución que se han agudizado, volviéndose más intensas en la última hora, localizándose en fosa iliaca derecha. Refiere así mismo dolor en hombro izquierdo. No presenta náuseas ni vómitos ni alteración del hábito deposicional. EXPLORACIÓN FÍSICA: T° 37.3 Auscultación cardiopulmonar normal. Muy afectado por el dolor. Abdomen doloroso y con defensa en epigastrio y fosa iliaca derecha. Blumberg positivo. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: - Analítica: Leucocitos 18400 (15900 Neutrófilos), PCR 0.38 - Radiografía de tórax: Normal. Sin signos de perforación en bipedestación. - Radiografía de abdomen: Inespecífica. - Ecografía abdominal: Líquido libre pericecal sin identificarse el apéndice. PROCEDIMIENTOS: Es intervenido de manera urgente mediante abordaje laparoscópico observándose perforación gástrica que se sutura. DIAGNÓSTICO: Peritonitis. Perforación gástrica.

CONCLUSIONES:

En el caso que nos ocupa, la impresión de gravedad y afectación que daba el paciente junto con la intensidad y localización del dolor abdominal, así como su inicio abrupto nos orientan a un úlcus perforado. El dolor en el hombro, nos proporciona un gran valor semiológico, ya que se debe a una irritación del nervio frénico, frecuente en los procesos supramesocólicos. Las pruebas de imagen pueden no revelarnos la causa, e incluso no mostrar datos de perforación cuando el neumoperitoneo es de pequeño tamaño. Por ello, la historia clínica y la exploración física son las piedras angulares del diagnóstico del dolor abdominal, no precisando en ocasiones de la realización de pruebas complementarias y beneficiándose el paciente de una actuación quirúrgica urgente si así se requiere.

P-2722

ESTA TUMORACIÓN NO LA TENÍA ANTES

M Bernuz Rubert, L Ribadulla Nogueira, A Seoane Novas,
M Ramón Montánchez, A Campo Jiménez, A Viña Almunia

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

PALABRAS CLAVE: apendicitis aguda-fosa ilíaca derecha-signo Blumberg

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 72 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, retinopatía diabética e insuficiencia renal estadio 3. Acudió a urgencias remitido desde Atención Primaria por dolor continuo en hemiabdomen derecho de 10 días de evolución. Asociaba anorexia, fiebre de 38°C y tránsito intestinal estreñido, con expulsión de gases. No síndrome miccional. El paciente fue diagnosticado hacía 7 días de infección de tracto urinario, por lo que estuvo con tratamiento antibiótico. Al empeorar la clínica decidió consultar de nuevo a su médico de atención primaria. En la exploración física se apreciaba palidez mucocutánea, aunque las constantes se mantenían estables. A la palpación abdominal presentaba dolor en flanco y fosa ilíaca derecha, donde se palpaba una masa de 15cm de diámetro adherida a la dermis con signos inflamatorios. Blumberg positivo y ruidos hidroaéreos escasos. Con esta exploración se decidió solicitar una analítica sanguínea donde se apreciaba un aumento de los reactantes de fase aguda y en el TAC abdominal, se informó de apendicitis aguda complicada con perforación contenida y dos colecciones adyacentes en vacío derecho. Se ingresó a cargo de Cirugía General, se le administró antibioterapia de amplio espectro y drenaje percutáneo, para en un segundo tiempo realizar intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

La apendicitis aguda es una enfermedad que se presenta generalmente en pacientes jóvenes. En el caso de pacientes mayores de 70 años es más infrecuente, aunque se debe de tener presente en el diagnóstico diferencial, ya que la clínica es más inespecífica e insidiosa debido a las comorbilidades y características que presentan estos pacientes. En la mayoría de los casos en el momento del diagnóstico se encuentra el proceso avanzado, con una incidencia de perforación entre el 40% y el 80%. En este caso, posiblemente la sintomatología por la que consultó con anterioridad y se diagnosticó de infección de tracto urinario, probablemente estaba empezando con un cuadro de apendicitis, que por las comorbilidades del paciente (diabetes mellitus con sus complicaciones) no se diagnosticó en el momento. La clínica fue más clara cuando el proceso estaba muy avanzado ya.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2723

ONFALITIS CRÓNICA EN ADOLESCENTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO

L Gómez Zafra (1), K Mora Sosa (2), I Dalouh (3)

(1) C. S. San Felipe. (2) C. S. San José (Linares C). (3) C. S. José López Barneo (Torredonjimeno). Jaén

PALABRAS CLAVE: onfalitis-sinus-onfalectomía

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 17 años de edad, con antecedentes personales de alergia a AINES, resto sin interés. Acude a servicio de urgencias derivado por su médico de atención primaria por presentar episodios repetidos de supuración umbilical de varias semanas de evolución y que no ha mejorado con tratamiento antibiótico tópico (mupirocina) y oral (amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h durante 10 días). No fiebre ni otra sintomatología clínica. A la exploración se observa un nódulo, doloroso a la palpación y fluctuante. Pruebas complementarias: analítica urgente hemograma, coagulación y bioquímica normal. Ecografía abdominal: sin evidencia de trayecto permeable entre región umbilical y vejiga sin evidencia de divertículo uracal. Se valora por cirujano de guardia que decide realizar exploración en quirófano bajo anestesia local, donde observa tras eversión del ombligo, folículos pilosos en el fondo. Ante este hallazgo, y con consentimiento previo del paciente, se realiza onfalectomía parcial. La anatomía patológica informa de sinus pilonidal. El postoperatorio transcurre sin incidencias y en las revisiones posteriores el paciente no presenta signos de recidiva.

CONCLUSIONES:

La onfalitis es una infección de la zona umbilical, que ocurre más frecuentemente en la edad infantil. La causa más frecuente es la persistencia del uraco, siendo otras causas más raras el sinus umbilical, de ahí el interés de nuestro paciente y la importancia de realizar un buen diagnóstico ya que la cirugía constituye la primera elección terapéutica.

P-2724

IMPORTANCIA DE UNA HISTORIA CLÍNICA DE CALIDAD
EN EL PACIENTE QUE ACUDE CON ASIDUIDAD AL ÁREA
DE URGENCIAS. ANAMNESIS Y REANAMNESIS:
SU VALOR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.B Villatoro Ramírez, I Miguens Blanco, I Solar Gil, C Jurado Gallardo,
L Alonso Bastos, P Privado Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PALABRAS CLAVE: enfermedad inflamatoria pélvica-dolor abdominal-anamnesis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se presenta el caso clínico de una mujer de 24 años que acude a Urgencias por síndrome febril y dolor abdominal. Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. Tercera visita al área de Urgencias en menos de dos semanas. Refiriendo, una vez más, dolor abdominal hipogástrico constante, irradiado a ambas fosas renales de 11 días de evolución que aumenta con la micción. A la exploración abdomen blando y depresible. Doloroso a la palpación, mayor en el punto de McBurney. No signos de ascitis. Murphy - y Blumberg +. PPRB-. Hace 10 días acudió a Urgencias y fue dada de alta con diagnóstico de cistitis no complicada, tratada con Fosfomicina 3g dosis única. Cinco días más tarde, vuelve y es valorada por Ginecología quienes descartaron posibilidad de embarazo, exploraron con espéculo y realizaron ecografía transvaginal descartando patología ginecológica urgente. Fue remitida a Cirugía quienes mediante exploración física y ecografía abdominal descartaron patología aguda abdominal. Fue remitida a domicilio y tratada como cistitis no complicada con Cefixima 400mg/24h durante 3 días. En su tercera visita, reinterrogando de nuevo a la paciente, refiere relaciones de riesgo en los últimos 3 meses así como primoinfección herpética genital hace más de 3 semanas (ya resuelta y tratada con Famciclovir 250mg/8 horas durante 10 días). Se realizó nuevamente ecografía orientada a anejos que evidencia signos sugerentes de salpingitis en contexto de posible enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Se administran 250 mg mi de Ceftriaxona y se decide alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio y cita próxima en consultas de Ginecología.

CONCLUSIONES:

Destaca la relevancia de una buena anamnesis a la hora de diagnosticar a un paciente en el Servicio de Urgencias. Tratándose, además, de una paciente con múltiples reasistencias, es la anamnesis la herramienta fundamental que nos orientará en el diagnóstico. De especial relevancia en enfermedades como la expuesta cuyo diagnóstico se apoya mayormente en la historia clínica y exploración física dada la baja sensibilidad y especificidad de las pruebas complementarias en su diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2725

EL VALOR DE UNA ADECUADA HISTORIA CLÍNICA

M Rubio Mellado (1), MJ Palomo de Los Reyes (1), A Rubio Mellado (2), L Parrilla Navamuel (1), JD Blázquez Alcázar (3)

(1) Hospital Virgen de la Salud. Toledo. (2) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. (3) GAPTO Centro de Salud Sillería. Toledo

PALABRAS CLAVE: compressive myelopathy-multiple myeloma-emergency medical services

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, hernia hiatal, glaucoma y gammopatía monoclonal IgA tipo kappa. Acude a Urgencias por presentar deposiciones líquidas desde hace 5 horas. No presenta fiebre, náuseas ni vómitos, no había ningún familiar con un cuadro clínico similar. Indagando en la historia clínica, la familiar nos comenta que desde hace aproximadamente un mes el paciente ha dejado de caminar. En la exploración: consciente, orientado, leve deshidratación cutáneomucosa, abdomen blando, no doloroso. Destaca paraplejía inferior con miembros fríos y pálidos, Babinski bilateral y anestesia tactoalgésica con nivel D6 y vibratoria abolida en miembros inferiores. En la analítica proteína C reactiva 29.2. Durante su estancia en Urgencias presenta un cuadro de retención aguda de orina que, junto con los hallazgos exploratorios, nos hace sospechar una compresión medular subaguda, motivo por el cual se solicita RMN urgente que demuestra la presencia de masa neoplásica compresiva D2-D5. Ingresar y se realiza laminectomía descompresiva dorsal urgente con buena evolución postoperatoria inicial con recuperación de sensibilidad tactoalgésica y de tono 1/5 en miembros inferiores. En anatomía patológica: mieloma múltiple. Se inicia tratamiento quimioterápico con aparición de complicaciones infecciosas que precisan antibioterapia con desarrollo de fracaso renal agudo no oligúrico con deterioro progresivo y éxitus.

CONCLUSIONES:

Las mielopatías compresivas son enfermedades infrecuentes, de carácter grave y constituyen una urgencia médica de manejo interdisciplinar. Suelen producir un cuadro sindrómico con nivel sensitivo, déficit motor y alteraciones esfinterianas y ante la sospecha es necesario la realización de una RMN urgente para visualizar o no lesión medular de cara al diagnóstico diferencial y la planificación de tratamiento. Entre las causas etiológicas la tumoral constituye un 20% y dentro de ellos, el mieloma múltiple constituye el 15%. Cabe destacar la importancia de una buena historia clínica ya que en nuestro caso el motivo de consulta fue un cuadro de diarrea simple, el cual, con la anamnesis y exploración física, derivó en la sospecha diagnóstica y posterior confirmación de mielopatía compresiva subaguda.

P-2731

SÍNDROME DE MEIGS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Martínez Ibáñez, A Cordero Moreno, JM Cañizares Romero, MC Rodríguez Casimiro, AM Gutiérrez García, MM Rojas Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE: síndrome de Meigs-ascitis-hidrotorax

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Material o paciente y método: Mujer de 49 años de edad bebedora severa desde hace 30 años. Acude a urgencias por presentar aumento de su perímetro abdominal de 90 días de evolución, sensación disneica asociada y pérdida de peso unos diez kilogramos en los últimos seis meses. Ha sido tratada con furosemida vía oral por su médico de atención primaria con escasa mejoría de la sintomatología. No fiebre ni sensación distérmica. Aumento de tos no productiva. Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Tensión arterial 110/50 mmHg, Sat O2 96% basal. Afebril. -Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos con hipovenlación generalizada y silencio auscultatorio en hemicampo izquierdo. -Abdomen: globuloso con ascitis a tensión y circulación colateral. No doloroso a la palpación. Edemas en miembros inferiores hasta rodillas. -Radiografía de tórax: Derrame pleural izquierdo hasta campo medio con colapso de pulmón subyacente. -Ecografía de abdomen: Severa ascitis en toda la cavidad peritoneal. Gran masa heterogénea de predominio hipocogénico con áreas hiperecóticas en su interior. -Analítica sanguínea: síndrome anémico de características microcítico-hipocrómico. -TAC abdominal: gran masa intraabdominal de 22x12 centímetros sólida heterogénea con zonas de calcificaciones groseras sin poder determinar organodependencia por su gran tamaño, como primera posibilidad plantea neoplasia de origen anexial. -Ecografía transvaginal: tumoración sólida-quística multilocular con componente sólido que ocupa toda la pelvis de contornos irregulares de unos 20-22 centímetros, paredes engrosadas y papilas compatibles con tumoración anexial sospechosa de malignidad. Resultados: Se realizó paracentesis evacuadora y diagnóstica obteniendo 27 litros de líquido ascítico descartándose peritonitis bacteriana espontánea. Fue ingresada por el servicio de ginecología para realización de laparotomía y protocolo quirúrgico de cáncer de ovario. Juicio clínico: Síndrome de Meigs. Diagnóstico Diferencial: Cirrosis hepática, cáncer de colon, cáncer de pulmón de células grandes o pequeñas, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome nefrótico.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de Meigs se caracteriza por la presencia de ascitis e hidrotórax asociado a tumor ovárico benigno de consistencia sólida. Es importante su sospecha clínica para un manejo oportuno, pues en la mayoría de los casos con el tratamiento quirúrgico se favorece la remisión de sus manifestaciones.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2732

CEFALEA CON SIGNOS MENÍNGEOS

M Ruipérez Moreno (1), FJ Lucas Galán (1), M Minuesa García (1), M López Valcárcel (2), L Tarjuelo Gutiérrez (2), J Rodríguez Toboso (1), CL Val Jiménez (2)

(1) Centro de Salud Zona 8. (2) Urgencias. Hospital General Albacete

PALABRAS CLAVE: cefalea-meningismo-hematoma

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 25 años, antecedentes personales de hepatitis crónica por VHC y hemofilia B moderada en tratamiento con concentrado de factor IX a demanda. Consulta por cefalea occipital opresiva irradiada hacia región cervical de aparición brusca en las últimas 24 horas. No asocia fiebre ni síndrome catarral. Como dato de interés refiere caída accidental hace 3 días con contusión sobre región glútea. A la exploración presenta rigidez de nuca con signos meníngeos y paraparesia 4/5 en miembros inferiores. En la radiografía simple de columna cervical no se observan alteraciones relevantes. Se solicita resonancia magnética nuclear espinal en la que se evidencia un hematoma epidural posterior desde C2 hasta T8 que ejerce mínima compresión medular posterior a nivel de C6 y C7. Mientras se contacta con los servicios de Hematología y Neurocirugía, se traslada al paciente a la Unidad de Reanimación donde permanece hemodinámicamente estable en todo momento. Se inicia tratamiento con factor IX ajustado según peso y se re-explora en varias ocasiones, evidenciándose progresión del déficit neurológico con aparición de paresia y parestesias en miembros superiores. Se realiza intervención quirúrgica urgente mediante laminectomía desde C4 a T2 y drenaje del hematoma. En el posoperatorio inmediato el paciente mostró mejoría de la función motora en miembros inferiores y después del tratamiento fisioterápico recuperó la función y la fuerza muscular en las cuatro extremidades.

CONCLUSIONES:

Los hematomas epidurales espinales son lesiones con elevada morbi-mortalidad directamente relacionada con el tiempo de evolución. La resonancia magnética es la técnica de elección, ya que permite estudiar la extensión y aportar una idea del grado de compresión medular existente. El tratamiento, quirúrgico en la mayoría de los casos, debe llevarse a cabo lo antes posible ya que es determinante para el pronóstico junto con la severidad del déficit neurológico. Bibliografía: -Martínez-Pérez R, Pascual Martín B, Pérez Núñez A. Traumatismos raquimedulares. En: Camacho Salas A, et al, editores. Urgencias en Neurología Hospital Universitario 12 de Octubre. 2a ed. Madrid: Ergon, 2013. p. 309-323 -Hernández V, Díaz Cascajo P, Maillo Sánchez A, Martín JA, Morales Ramos F. Hematomas epidurales espinales. Neurocirugía [internet]. 1998[citado 30 Mar 2017], 9(2): 129-134. Disponible en: www.revistaneurocirugia.com/es/hematomas-epidurales-espinales/articulo-resumen/S1130147398710188/.

P-2733

LAS APARIENCIAS NO SIEMPRE ENGAÑAN

JC Ferrández Rodríguez, J Ruiz Casquet, A Alfayate Torres, M Morales Alemán, M García Almela, M Latorre Palazón, A Montenegro Moure

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

PALABRAS CLAVE: acalculous cholecystitis-surgery-obesity

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: Dolor abdominal. Antecedentes: Estudiante. Síndrome ovario poliquístico en tratamiento con ACO. Obesidad en seguimiento por endocrinología sin tratamiento farmacológico. Anamnesis: Mujer de 15 años acude remitida de otro centro hospitalario por dolor abdominal a estudio que por cuestiones administrativas no ha podido ingresar. El dolor se localiza en epigastrio e hipocondrio derecho, desde hace 48 horas, que ha ido empeorando a pesar de tratamiento con nolitil, paracetamol, ranitidina, ketorolaco y dolantina, fiebre de 38,5°C de nueva aparición y escalofríos. Sin otra clínica digestiva ni en la anamnesis por aparatos. Niega viaje reciente al extranjero. Constantes: TA 123/77 FR 14 FC 98 SaT02 99% Exploración física: Regular estado general, consciente y orientada. Auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio con Murphy + en hipocondrio derecho, sin otros signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados. Miembros inferiores sin edemas. Pruebas complementarias: En el análisis de sangre destaca una GPT 120 GOT 57, amilasa y lipasa normales, hemograma con 18300 Leucocitos con desviación izquierda y PCR 12. Ecografía pone de manifiesto la presencia de una vesícula con signos inflamatorios locales y ausencia de contenido litiásico. Evolución: A la llegada de la paciente inicio tratamiento con morfina en persufión, mejorando clínicamente, tras confirmar diagnóstico sindrómico contacto con cirujano de guardia que decide intervención de urgencia.

CONCLUSIONES:

Aunque la inmensa mayoría de las colecistitis son de origen litiásico a menudo existe la posibilidad de no hallar cálculos, especialmente en pacientes postoperados o en contacto con la bacteria del género *Leptospira*, esta última debemos sospecharla en caso de contacto con animales (veterinarios) o viajeros a países con estación de lluvia.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2743

DOCTORA, ME DUELE TODO

C Cascao Moutinho-Pereira, B Martínez Villena, MF Venegas Gato,
I Noguera Martínez, S Guijarro Abanares, F López Ortiz,
A Rodríguez García

Centro Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares (Madrid)

PALABRAS CLAVE: crepitación-colonoscopía-perforación

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 58 años, hipertenso, dislipémico, con antecedentes personales de enolismo moderado, carcinoma de amígdala T2N0M0 tratado con radioterapia, síndrome coronario agudo que precisó colocación de stent farmacoactivo en descendente anterior y media, a quién le realizan colonoscopia con polipectomía en todas porciones de intestino hace 30 horas. Acude a urgencias por dolor abdominal generalizado, dolor torácico bilateral y olor de cuello. A la exploración física: auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen doloroso a la palpación sobretodo en hemiabdomen derecho, crepitación de pared torácica izquierda en línea axilar media, crepitación de ambos huecos supraclaviculares y cuello. Se sospecha neumotórax y se solicitan pruebas de imagen. En radiografía de tórax y abdomen se observa enfisema subcutáneo, neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo. Se realiza tomografía abdominopélvica con contraste oral rectificando lo anterior sin extravasación de contraste fuera del marco colónico y aunque no fue posible localizar perforación, había mayor cantidad de aire rodeando al colon ascendente. Tras analgesia con mejoría sin presentar peritonismo, se decide ingreso con manejo conservador y actitud expectante.

CONCLUSIONES:

Ante la sospecha de una perforación post-colonoscopía es importante recordar que en fases iniciales el paciente puede mostrarse asintomático hasta que se haga más evidente el enfisema subcutáneo y progrese el dolor, por lo que es importante la reexploración en estos pacientes y valorar la evolución del cuadro.

P-2745

NO SOLO UNA FRACTURA

G Alonso Sánchez, D Buendía López, A Egea Huertas, E Pérez Pagán,
P Rodríguez Lavado, C García-Giralda Núñez, N Samuel Benítez

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

PALABRAS CLAVE: fracturas óseas-traumatología-heridas y traumatismos

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

INTRODUCCIÓN Paciente mujer de 78 años que consulta en la puerta de urgencias por caída accidental en el campo, con deformidad a nivel del antebrazo izquierdo. Como antecedentes personales destaca dislipemia en tratamiento con estatinas, bronquitis asmática con uso ocasional de inhaladores e intervenida de prótesis en ambas rodillas, lo que la limitaba a usar bastón para deambular. **OBJETIVO** En radiografía de antebrazo se objetiva fractura de cúbito y radio desplazada, por lo que se cursa preoperatorio para ingreso y cirugía programada. Al realizar la radiografía de tórax con la paciente desnuda, se encuentra objeto extraño con forma de hoja de cuchillo, por lo que se rehistoria a la paciente que refería llevar un cuchillo en el bolsillo para recoger frutos del campo. **PACIENTES Y MÉTODO** Tras el hallazgo del fragmento metálico en hombro-hemitórax izquierdo, se comenta con cirugía de guardia que decide pasar a la enferma a quirófano para exploración y si es posible retirar el cuerpo extraño. Previamente se le realiza cruce de sangre, valoración por anestesta y firma el consentimiento informado para la intervención. Según el protocolo de quirófano se realiza incisión de piel unos 6 cm en hombro izquierdo, entre articulación acromio-clavicular y esternón, bajo anestesia general y sedación. Se localiza extremo externo del resto metálico con disección de parte del trayecto hacia línea media y anterior que no sangra ni se observan burbujas. Se coloca drenaje aspirativo y cierre de herida. **RESULTADOS** Diagnóstico Principal: Herida punzante por arma blanca en hombro izquierdo con incrustación de resto metálico de 9 cm en pared torácica. Fractura de cúbito y radio desplazada.

CONCLUSIONES:

Tras la cirugía, se realizó TAC torácico sin evidencia de patología traumática intratorácica. A los 4 días se realiza cirugía para reducir la fractura. Lo llamativo desde este caso es el hallazgo de un cuerpo extraño metálico, en la radiografía de tórax para el preoperatorio de una fractura de antebrazo. Una detallada anamnesis y exploración física completa pueden ser más útil que una exploración dirigida al motivo de consulta.





CASOS CLÍNICOS

P-2746

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

**M Fuentes Bermejo, M Coll Hernández, E Tejero Sánchez,
B Cabrera Fernández, D Rodríguez Campelo, S Novero Pérez,
MJ Domínguez García**

Hospital de Fuenlabrada. Madrid

PALABRAS CLAVE: exploración neurológica-cauda equina-hipertensión

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 69 años con hipertensión arterial, dislipemia, gammopatía monoclonal de significado incierto, amiloidosis cutánea papular y osteoporosis, sin tratamiento antiagregante ni anticoagulante, que acude a Urgencias por cuadro de 4 horas de evolución de dolor lumbar derecho irradiado hacia miembro inferior junto con parestesias e incapacidad para la bipedestación. No traumatismo previo. Durante la exploración: TA: 181/80mmHg, FC: 65lpm, regular estado general, auscultación cardiopulmonar normal. Exploración lumbar con apofisalgias difusas y dolor en musculatura paravertebral derecha. Lassegue y Bragard positivos derechos. Fuerza 4/5 en cuádriceps e isquiotibiales, 2/5 en tibial anterior y posterior, 3/5 en extensor y flexor común de los dedos. Hipoestesia en toda la extremidad con abolición del reflejo rotuliano derecho e hiporreflexia bilateral aquilea. Se realiza analítica sin alteraciones y radiografía columna lumbar con signos degenerativos lumbares y retrolistesis L4-L5. Tres horas más tarde, dificultad para la micción e incontinencia fecal. Se objetiva RAO con obtención de 700cc tras sondaje vesical. Ante la sospecha de síndrome de cola de caballo se solicita RMN urgente, que muestra extensa colección epidural sugerente de hematoma desde D1 a L5 que condiciona compresión medular. No se observan masas tumorales. Con el diagnóstico de hematoma epidural dorso-lumbar T1-L5 espontáneo, es trasladada al servicio de Neurocirugía de hospital de referencia donde es intervenida quirúrgicamente. Tras descompresión mediante laminectomía no se consigue la recuperación completa por lo que finalmente es derivada a Hospital de Paraplégicos de Toledo para tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES:

El hematoma epidural espinal espontáneo es una entidad poco común asociada a tratamiento anticoagulante o a hipertensión arterial. Las manifestaciones clínicas pueden variar, desde el dolor o mínima afectación radicular, hasta la lesión medular completa. El diagnóstico diferencial debe hacerse con polirradiculopatías, aneurismas disecantes de aorta, mielitis transversa aguda y trombosis medulares. La prueba diagnóstica de elección es la RM y el tratamiento, la cirugía precoz, porque es muy rara la regresión espontánea. El grado de afectación previo a la cirugía es el factor pronóstico más importante, aunque también influye el retraso en la intervención (24-48 horas después de la aparición de los síntomas), pudiendo no conseguirse la recuperación funcional.

P-2747

ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.
A PROPÓSITO DE UN CASO.

**LM Rivera García (1) S Suárez Piñera (2), A Arce Rodríguez (3),
Z García Burón (4), NO Rincón Valero (1), E Carril Campa (5)
B Vilaboy Arias (5)**

(1) Hospital de Cabueñes. (2) Centro de Salud Contrueces. (3) Urgencias Hospital de Cabueñes. (4) UCI HUCA. (5) Centro de Salud Villaviciosa. Asturias

PALABRAS CLAVE: traumas múltiples-lesión cerebral traumática-lesión medular

ÁMBITO DEL CASO:

Ambos

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 80 años sin alergias conocidas, diagnosticada de hipertensión y neuralgia del trigémino a tratamiento con telmisartán. Valorada en su domicilio por su MAP tras caída de espaldas con consecuente TCE y pérdida de conocimiento con recuperación espontánea, derivándose, sin collarín cervical, a urgencias para valoración. A su llegada al Servicio de urgencias presentaba dolor cervical, dorso-lumbar y en ambas extremidades superiores, con cifras tensionales 149/59 y FC frecuencia cardíaca 49 lpm. La exploración física no revelaba alteraciones, salvo contractura cervical. La analítica y el TAC craneal urgente fueron normales. Por lo que se decidió alta del área de urgencias generales, pasando a traumatología por inicio de parestesias y pérdida de fuerza en extremidades superiores (III- IV/VI) y en inferiores (IV/V). Momento en el que se coloca un collarín cervical. Ante esta clínica se realiza TAC columna cervico-dorsal que pone de manifiesto severa espondilolistesis C7-T11 grado 2-3 con probable arrancamiento de T1, con lesión medular incompleta. Se decide ingreso en UCI para vigilancia neurológica, colocándose de forma urgente un compás craneal para reducción de la luxación craneal. Tras tres días de estabilidad clínica se programa intervención quirúrgica realizándose reducción vertebral y artrodesis C7-T1, con paraplejía secundaria a valorar por el servicio de rehabilitación. La paciente evoluciona favorablemente tras la intervención quirúrgica por lo que es trasladada a la planta de hospitalización de traumatología, 5 días después. Durante su ingreso hospitalario, sufre varios episodios de disminución del nivel de conciencia secundario a intoxicación por opiáceos pautados para el dolor, produciéndose una broncoaspiración en uno de ellos. Tras varios días de tratamiento empírico, la paciente experimenta un progresivo deterioro del nivel de conciencia, hipotensión refractaria a tratamiento y éxitus un mes después del ingreso por urgencias.

CONCLUSIONES:

Si bien es cierto que en este caso en concreto la paciente presentaba una lesión cervical baja, cabe resaltar la enorme importancia de la inmovilización cervical en todo paciente precipitado desde una altura hasta no realizar las pertinentes pruebas de imagen, máxime cuando el impacto sea de alta energía, aunque debería realizarse como medida de precaución en todos los pacientes. También resaltar la importancia del trabajo como equipo multidisciplinario, que en ésta paciente desempeñó un papel importante para poder ser diagnosticada correctamente.



CASOS CLÍNICOS

P-2748

ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA:
UNA CAUSA INFRECIENTE DE ABDOMEN AGUDO

JA Ferrer Rosique, M González Fernández, A Guerra Romero,
B Gonzalo Moreno

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

PALABRAS CLAVE: abdomen agudo-aneurisma-choque hemorrágico

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 79 años con AP de HTA, obesidad y dislipemia que acude a Urgencias por dolor tipo cólico en FRD irradiado HCD de unas 6 horas de evolución. Asociaba vómitos de contenido alimentario y diarrea sin productos patológicos. Hemodinámicamente estable y afebril, a la exploración destacaba dolor en hombro izquierdo, dolor difuso a la palpación en marco cólico sin peritonismo ni masas ni megalias. Se realizó sistemático de orina, y analítica sanguínea con alcalosis respiratoria como único hallazgo. Se comienza reposición hidroelectrolítica con buena evolución. A las 24 h, la paciente inicia cuadro brusco de hipotensión (60/40), con taquicardia (140 lat/min), sudoración fría, visión borrosa y dolor abdominal con datos de irritación peritoneal. Se inicia sueroterapia intensiva, persistiendo la hipotensión arterial, con la paciente en anuria. En analítica pH de 7.07, HCO₃ de 11.9, Hb de 7.3, lactato de 13.70. Se solicita hemograma de confirmación con Hb de 5.10. En urgencias se instaura perfusión de dopamina (400 mg en 250 cc SG5% a pasar 20 ml). Ante la sospecha de shock hemorrágico, se canaliza vía central, y se traslada a la paciente a Cuidados Intensivos, en dónde inician ventilación mecánica, manteniendo aporte agresivo de sueroterapia. Se transfunden un total de 4 CH y se realiza TC abdominal urgente en el que se visualiza hemoperitoneo con aneurisma de arteria esplénica como posible foco. Se realizó cirugía urgente con hallazgos de hemoperitoneo de 3 litros, aneurisma de 3 cm a nivel de arteria esplénica próximo al hilio, con sangrado activo. Se realizó ligadura y sección proximal de arteria y vena esplénica con esplenectomía. La paciente precisó ingreso en UCI durante 15 días. Finalmente y tras corta estancia en planta, fue dada de alta con pronóstico favorable.

CONCLUSIONES:

El aneurisma de arteria esplénica es una entidad infrecuente. La mayor parte son asintomáticos o cursan de manera inespecífica. Hasta un 10% de los casos debutan con rotura espontánea. En estas circunstancias el paciente presenta un fuerte dolor en epigastrio, hipocondrio izquierdo, hombro izquierdo (signo de Kehr) e inestabilidad hemodinámica. Dada su alta mortalidad, deberíamos considerarlo entre las posibles causas de abdomen agudo en paciente inestable.

P-2750

POLITRAUMATISMO CON FRACTURA MANDIBULAR INESTABLE

FF Chen Chen, L Cano Alcalde, M Sobreviela Albacete,
R Ibáñez del Castillo, L Ortega Herruzo, C Sanz Plaza,
C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: jaw fracture-mandibular fracture-violence

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 32 años, sin antecedentes de interés. Acude al servicio de urgencias tras agresión por robo en la calle. Refiere TCE y contusión facial, tras el mismo, dolor intenso en la mandíbula asociado a una limitación para la apertura y cierre bucal. Además de contusión en ambos brazos y región escapular derecha, infligidas mediante "varas de metal". No refiere pérdida del nivel de consciencia tras TCE, ni vómitos, ni alteraciones de la visión ni motoras posteriores. No disnea, no dolor torácico. A la exploración física, destaca el malestar general por dolor, afebril, TA 145/93 mmHg, eupneico, normoperfundido y normohidratado. Glasgow 15/15 y exploración neurológica sin alteraciones. A nivel facial, no crepitación a nivel maxilar, ni hipostesias faciales. Deformidad a la palpación de rama mandibular izquierda con clara la limitación de la apertura bucal a 2 traveses de dedos y herida incisocontusa entre las piezas dentarias 41 y 42 que desciende hasta el vestíbulo de la boca. Movilidad del escalón óseo mandibular, interfragmentario y de la pieza 42. Se decide realizar radiografías de regiones dolorosas, destacando como hallazgo una doble fractura mandibular: rama izq y parasinfisaria dcha, que se confirma en TC, remitiendo al paciente a cirugía maxilofacial. Juicio clínico: Doble fractura mandibular inestable y policontusión.

CONCLUSIONES:

En todo paciente politraumatizado que llega a la urgencia es esencial la valoración inicial del "ABCD" junto con la exploración neurológica, que determinan la necesidad de una prueba de imagen complementaria con finalidad diagnóstica o de descarte (Ej: TC craneal). Además en caso de traumatismos faciales, es esencial una valoración de los maxilares, por probables fracturas inestables Lefort que determinan la gravedad y el pronóstico del paciente. Respecto al caso, las fracturas mandibulares suelen ser una patología principalmente traumática por impactos de entre 44.6-74.4 kg/m, cuya etiología primaria son los accidentes de tráfico. La restitución anatómica de la misma condiciona funciones básicas como la masticación y el habla.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2751

UN ESGUINCE DE RODILLA DOBLEMENTE COMPLICADO

FF Chen Chen, L Cano Alcalde, P Tranche Álvarez-Cagigas,
L Ortega Herruzo, C Sanz Plaza, O Martínez Saez, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: septic arthritis-Pyomyositis-group B Streptococcus

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 años natural de Perú, sin alergias conocidas, diabético mal controlado asociado a polineuropatía periférica, hipercolesterolemico e hipertrigliceridémico, enolismo de 3/4L de cerveza con esteatosis hepática y hiperferritinemia secundaria. Consulta por dolor y aumento de volumen de miembro inferior dcho, principalmente en rodilla y región cuadricepsal, de más de 10 días de evolución. Había consultado previamente por el mismo motivo con diagnóstico de esguince de LLE en rodilla dcha tras caída casual, tratado mediante vendaje compresivo. En la exploración física destaca un paciente afebril, pero inquieto y taquipneico, objetivándose miembro empastado, eritematoso y caliente con edemas hasta raíz de muslo que dejan fovea 4/4, rodilla con peloteo positivo y mucho dolor a la movilización activa como pasiva. Respecto a las pruebas complementarias, destaca en la analítica elevación de RFA sin coagulopatía y DD 3050.0 µg/L. Se amplía estudio de TVP mediante ecodoppler, siendo negativo. Y se decide artrocentesis diagnóstica y evacuadora, obteniéndose 100cc de líquido purulento, con diagnóstico desde urgencias de artritis séptica. Se realiza por parte de Traumatología artroscopia urgente de limpieza y en menos de 12h una cirugía abierta de desbridamiento quirúrgico al encontrar mayor extensión a nivel cuadricepsal cuya AP: "Piomiositis aguda purulenta abscesificada con extensa necrosis (gangrenosa) y afectación vascular secundaria". En el cultivo: S Agalactiae pansensible.

CONCLUSIONES:

Las gonalgias constituyen un 6% de las consultas al servicio de urgencias. De las cuales, el 80% son patología traumáticas leve (esguinces y contusiones), por lo que una buena exploración de la rodilla es la principal herramienta diagnóstica. En nuestro caso, es importante subrayar la inmunosupresión (DM, enolismo,?) como factor predisponente para sospechar tanto la artritis séptica como la piomiositis. Resulta confuso llegar al diagnóstico de la etiología primaria cuando se presentan ambas patologías siendo las dos, urgencias medicoquirúrgicas cuya morbimortalidad dependen del diagnóstico y tratamiento precoz. En ambos casos el foco de entrada primario más prevalente es el hematógeno. Y el microorganismo más frecuentemente aislado es S aureus, aunque en la última década ha aumentado la incidencia de Streptococo B.

P-2755

EL BAILE FINAL

GE Ayala Gónzales (1), C Laserna del Gallego (1), R Ruiz Merino (2),
MJ de la Viuda Gil (3), P Fernán Pérez (4), MM Morán Díaz (4),
A Artero García (5)

(1) Hospital Clínico de Valladolid. (2) Hospital Río Hortega. Valladolid.
(3) Emergencias Sanitarias Castilla y León. (4) SUMMA 112.
(5) Recursos Aéreos SUC-H2

PALABRAS CLAVE: biopsia-fémur-epifisis

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 16 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no antecedentes personales de interés ni tratamiento farmacológico. Anamnesis: Acude a urgencias por dolor en el extremo distal de fémur derecho, que ha ido aumentando progresivamente en las últimas semanas apareciendo ahora también tumefacción de la zona. Refiere realizar ejercicio físico diario, en concreto Ballet, no traumatismo previo pero sí movimientos bruscos y caídas frecuentes. No ha tomado medicación para el dolor, acudió a su Médico de Atención Primaria que le recomendó reposo, analgésicos y vendaje compresivo durante una semana, siendo diagnosticada de contractura muscular. A la exploración física presenta restricción de movimiento en la articulación de la rodilla lo que ocasiona cierta cojera al andar. Dolor a la palpación de extremo distal de fémur derecho, movilidad de cadera conservada. Fuerza y sensibilidad normal. No hematoma, no deformidad, ligera inflamación sin rubor ni calor. Pruebas complementarias: Analítica de sangre presenta un aumento de fosfatasa alcalina estando el resto de parámetros dentro de los márgenes normales. Radiografía: importante área de aumento de densidad en epifisis de fémur de límites mal definidos que destruye cortical y medular, muestra osificación en el interior del componente de partes blandas. Lesión sugestiva de malignidad (osteosarcoma). Biopsia: osteosarcoma osteoblástico. JUICIO Clínico: Osteosarcoma Osteoblástico Fémur derecho.

CONCLUSIONES:

El osteosarcoma es el tumor primario óseo sólido más frecuente. Perteneciente a un grupo heterogéneo de neoplasias malignas de células fusiformes que tienen como rasgo común la producción de hueso inmaduro, también denominado osteoide. Los síntomas que con más frecuencia llevan a los pacientes a solicitar atención médica son el dolor y la aparición de una masa palpable. En ocasiones, la cojera puede ser el único síntoma. El dolor puede ser confundido con causas más corrientes como contracturas musculares, daño por sobrecarga o dolor por crecimiento. El diagnóstico se realiza con un buen examen de la articulación, la elevación de la fosfatasa alcalina y los hallazgos radiológicos.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2761

HELLP, AYÚDAME.

A Aldama Martín (1), A Casal Calvo (1), A Asturias Saiz (1),
GE Rijo Nadal (1), E Endeiza López (2), M Viéitez Santiago (1),
E Cobo García (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

(2) Hospital Universitario La Paz. Madrid

PALABRAS CLAVE: síndrome de Hellp-obstetricia-hipertensión arterial

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Primigesta que acude a urgencias en la semana 38+1 remitida por su matrona tras objetivar TA 144/90 e indicios de proteínas en laptix. No presenta antecedentes personales de interés y los controles del embarazo han sido normales hasta el momento. Refiere fotopsias ocasionales sin otra sintomatología preecláptica. En la analítica se objetiva una alteración de enzimas hepáticas, plaquetas <150.000 y proteinuria. Se comienza inducción al parto y tras 18h sin progresión se decide cesárea urgente en beneficio materno. La paciente posteriormente es ingresada en la unidad de cuidados intensivos donde permanece 3 días manteniendo buenas tensiones y con mejoría analítica por lo que es dada de alta a la planta de Obstetricia donde permanece una semana más. Finalmente es dada de alta con tratamiento antihipertensivo y diagnóstico de Síndrome de Hellp incompleto ya que solo presentó alteración de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Los controles posteriores fueron normales.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Hellp es una enfermedad derivada del embarazo que se da al final del mismo o después del parto. Es una patología obstétrica severa y su diagnóstico tardío puede comprometer la vida tanto de la madre como del feto. Es una variedad de preeclampsia cuyas siglas vienen dadas por el nombre en inglés de las tres características principales que la componen: anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia o coagulopatía de consumo. Normalmente la sintomatología y la analítica mejoran tras el parto por lo que la provocación del mismo es el tratamiento curativo. Si se opta por una inducción del parto vaginal frente a una cesárea hay que asegurar un buen control tensional y analítico durante la misma. En los Servicios de Urgencias Generales normalmente no se atienden patologías obstétricas ya que estas pacientes acuden directamente al hospital de referencia que cuente con urgencias Gineco-obstétricas. No obstante todo médico urgenciólogo debería estar formado para manejar una primera actuación sobre este tipo de pacientes por la gravedad de este síndrome y porque no siempre se cuenta con un Ginecologo cerca como para demorar la asistencia.

P-2762

DOLOR ABDOMINAL POSMENSTRUAL

I Iniesta-Pino Alcázar, FJ Hernández Felices, M Martínez Martínez,
VD de la Rosa Valero, A Martín Cascón, V Callejo Hurtado, L Ferraro

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal-fiebre-aborto

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 38 años que acude por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal en hipogastrio y en genitales que no cede con analgesia, presentando además febrícula de 37.6 grados. Niega posibilidad de embarazo y refiere la fecha de última menstruación 6 días antes, niega dispareunia y cambios en el flujo vaginal. Sin clínica digestiva (no náuseas, no diarrea, no estreñimiento), sin clínica miccional, ni respiratoria, ni cardiológica. Como antecedentes se trata de una exconsumidora de heroína en tratamiento con metadona, sin hipertensión arterial, ni diabetes, ni dislipemia, con un trastorno adaptativo mixto y una pielonefritis en 2010. A la exploración física presenta una tensión arterial de 109/55 con una frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad, abdomen blando y depresible con dolor generalizado a la palpación, no masas ni organomegalias, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados y puño percusión renal izquierda débilmente positiva. En miembros inferiores no presentaba edemas, los pulsos pedios estaban presentes y eran simétricos. Analíticamente presentó una bioquímica normal, sin alteraciones hepáticas ni pancreáticas, en hemograma leucocitosis de 15.700 y hemoglobina de 11.8 con volumen corpuscular medio de 83.8 flsin otros hallazgos. En la orina pH de 6 con 250 eritrocitos 25 leucocitos 25 proteínas y sedimento con eritrocitos abundantes. Ante la persistencia del dolor se realiza ECO abdominal donde se visualiza masa en hemipelvis derecha, con líquido libre en pelvis, interasas y perihepático. Se realiza TC abdominal donde se aprecian características de estirpe grasa en el tejido y efecto masa desplazando útero y vejiga.

CONCLUSIONES:

La paciente fue ingresada para completar estudio por parte de Ginecología siendo remitida a unidad de Sarcomas tras resonancia magnética nuclear. Tras una segunda anamnesis se concluyó que la menstruación previa podría tratarse de un aborto.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2763

SÍNDROME COMPARTIMENTAL Y RABDOMIOLISIS:
ENTIDADES A VECES COEXISTENTES

C Nogueras Cánovas, J Cornago Redrado, E Recalde Espinosa, M Conesa Carrascosa, M Gómez Beltrán, S Latorre Villena, S Monleón Arenos

Hospital Comarcal de Vinaroz. Valencia

PALABRAS CLAVE: síndrome compartimental-rabdomiolisis-edema en miembro

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 40 años que acude a urgencias derivado por médico de atención continuada por edema en miembro inferior derecho (MID) de 12 horas de evolución. Refiere que tras discusión con su pareja duerme en el coche y tras despertar, presenta edema en MID asociado a dolor e impotencia funcional. No presenta otros síntomas concomitantes. En tto con amoxicilina por cuadro catarral. Niega consumo de tóxicos. Antecedentes patológicos: VIH en tto con tenofovir y emtricitabina con último control de CD4+ 685c/ul y de hepatitis C tratada con interferón pegilado y ribavirina con respuesta viral mantenida con último control en enero de 2017. Ex adicto a ADVP actualmente en seguimiento por UCA. Exploración física: edema en pantorrilla con signos de empastamiento, doloroso a la palpación. Homans +. Piel brillante. No parestesias. Pulsos conservados. Pruebas complementarias: en analítica destaca dímero D de 2,39mg/l, GOT de 1292U/l y GPT de 340U/l. CPK y LDH pendientes. Resto de analítica y rx de MID sin alteraciones. Se consulta con cirugía que descarta TVP. Se interroga de nuevo al paciente, sigue negando consumo de tóxicos. Realiza micción y se observa orina de color oscuro. Refiere 72 horas con micciones similares. Se inicia sueroterapia intensiva por sospecha de rabdomiolisis. Se recibe resultado de laboratorio con CPK con valor >100.000U/l y LDH 2636U/l. Se solicita eco de MID donde se observa aumento difuso de la musculatura sin observarse lesiones focales. Se consulta con COT que decide tto quirúrgico con fasciotomía urgente dado alta sospecha de síndrome compartimental. Se observa tras apertura de compartimentos zonas necróticas a nivel muscular. El paciente evoluciona favorablemente en planta de COT.

CONCLUSIONES:

En nuestro caso es difícil determinar si la rabdomiolisis sería capaz de provocar el síndrome compartimental en MID o viceversa. Lo que sí que podemos saber es que las micciones color oscuro fueron evidentes antes que el edema y el dolor en MID. A pesar de que solo se evidencio edema de la musculatura, durante cirugía si se observaron zonas necróticas. Por lo que podemos concluimos que ante la alta sospecha de síndrome compartimental siempre manda la clínica antes que las pruebas complementarias.

P-2764

QUÉ PUEDE HABER DETRÁS DE UN SHOCK SÉPTICO

C López Villar (1) R Alonso Avilés (2), C del Pozo Vegas (2), JA García Colodro (1), JJ Tejero de Santiago (1), B Castaño Torrijos (1)

(1) C. S. Magdalena. (2) Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: sepsis-absceso-fractura

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Motivo de consulta: varón de 91 años es llevado a Urgencias por empeoramiento de su estado general, afectando a su nivel de consciencia, asociado a disnea de reposo y dolor abdominal con sensación distérmica. Constantes en triaje 143/85 mmHg, FC 62, sat 99%, nivel III según SET. AP: fibrilación auricular, dislipemia, EPOC, HTA y arteropatía periférica. Dos meses atrás, consulta en Urgencias por contusión accidental en cadera izquierda con exploración compatible con la normalidad y TC sin alteraciones. Durante exploración física, el paciente se inestabiliza: Glasgow 13. Palidez cutánea, agitado, taquipneico con tiraje intercostal (35 rpm). Hipotensión (75/35). FC 115 lpm. Sat O2: 88%. Auscultación cardiaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido con roncus dispersos. Abdomen en tabla. Extremidades inferiores: Acortamiento y rotación externa de miembro inferior izquierdo. Resto normal. Se activa código sepsis, incluido sueroterapia intensiva y ab precoz. Pruebas complementarias: Anemia normocítica y normocrómica, importante leucocitosis con neutrofilia. Urea 122, creatinina 1.74, GOT 499, LDH 1553, potasio 5.7, lactato 41 mg/dl. PCR 379, procalcitonina 8.08. Sedimento urinario: piuria. Gasometría arterial: pH 7.38, pCO2 39.10, pO2 57.7, sO2 89.10, HCO3 22.40. TC abdomen: fractura desplazada de cuello femoral izquierdo. Derrame articular con contenido aéreo. Importante absceso de psoas. Juicio clínico: Shock séptico secundario a absceso de psoas como consecuencia de fractura desplazada de cadera izquierda. Evolución: se estabiliza hemodinámicamente al paciente en Urgencias mediante uso de cristaloides, expansores y tratamiento analgésico intravenoso de 1 y 3 nivel y antibioterapia precoz de amplio espectro. Por parte de Traumatología, realizan de urgencia una artrotomía evacuadora de líquido purulento de cadera izquierda más extirpación de cotilo con abundante lavado y drenaje.

CONCLUSIONES:

Importancia de activación de código sepsis que implica sueroterapia intensiva y antibioterapia precoz para estabilizar al paciente en el menor tiempo posible. Se debe evitar la infravaloración o infradiagnóstico de antecedentes personales previos como el traumatismo de cadera de dos meses atrás.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2766

EL TENDÓN DE AQUILES DE LAS QUINOLONAS.
A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**MJ Fortuny Bayarri, A Pérez Martínez, M Requena Sáiz,
P Navarro González, C Pérez Benito, R Chaveli Serra,
G Morales Cardona**

Hospital Francisco de Borja. Gandía

PALABRAS CLAVE: tendinopathy-quinolones-adverse effects

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 69: Como antecedentes patológicos destacan trasplante cardiaco, EPOC, SAOS y Embolia retiniana. Recientemente tratado con Lexofloxacin por neumonía. Dolor e impotencia funcional en tendón de Aquiles tras bajar escaleras. Signo del hachazo y Thompson positivos. ECO: Rotura completa tendón izquierdo, e incompleta talón derecho. Diagnóstico de rotura bilateral de tendón de Aquiles por Levofloxacin. Varón de 59 años con antecedentes de FA paroxística, EPOC severo, laringectomía por carcinoma y embolia retiniana. Tabaquismo y enolismo moderado. Reingreso tras infección respiratoria tratada con Levofloxacin, en éste caso por disnea progresiva hasta de reposo desde el alta hospitalaria, además de dolor en ambos talones que atribuye al tratamiento con Levofloxacin y corticoides, En ecografía se descarta rotura de tendones de Aquiles, siendo diagnosticado de tendinitis aquilea por Levofloxacin.

CONCLUSIONES:

Es conocida, pero poco frecuente la tendinopatía asociada a tratamiento con Quinolonas, de uso extendido especialmente en infecciones respiratorias o genitourinarias. Afecta especialmente en tendón de Aquiles, glútea, extensor largo del pulgar, manguito rotador ó biceps braquial cuya afectación se considera dosis-dependiente y, que, en algunas ocasiones provocan la rotura de los mismos. Las Quinolonas provocan fotosensibilidad, liberando radicales libres los cuales impiden la regeneración y migración de fibroblastos en dichos tendones, especialmente en Colágeno de tipo III. Como factores de riesgo de rotura de tendón de Aquiles o cualquier otra tendinopatía: pacientes >60 años, IMC bajo, tratamiento concomitante con glucocorticoides, trasplante de víscera previo, insuficiencia renal avanzada, diálisis ó sexo femenino, aunque éste último no estadísticamente significativo. Por lo tanto, ante el uso frecuente de quinolonas e pacientes ancianos y/o frágiles, debemos tener en cuenta dicho efecto adverso, al igual que, en caso de tendinitis o rotura tendinosa, debemos revisar el tratamiento que lleva el paciente.

P-2769

A VECES NO BASTA

**A Ocaña Granados (1), S Pueyos Rodríguez (2), J Jurado Ordóñez (2),
JM Montero López (2), L Lozano Romero (3)**

(1) Centro de Salud Motril Centro, (2) C. S. San Antonio. Motril.

(3) C. S. Motril Este. Granada

PALABRAS CLAVE: neurotraumatología-cuidados críticos-noradrenalina

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 65 años. Precipitación de un piso de altura mientras limpiaba. Glasgow 9, pupilas mióticas, reactivas sin anisocoria, taquipneica, palidez generalizada, hipoperfusión distal. Taquicardia sinusal. Auscultación cardiorrespiatoria rítmica sin soplos ni roce, roncus bilaterales con hipoventilación en base derecha. Abdomen distendido, depresible, sin masas ni megalias. Sin edemas en miembros y con pulsos distales débiles. Valorada por UCI se procede a intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Hipotensión importante que se intenta remontar con cristaloides y perfusión de Noradrenalina. En Eco-fast: Hígado, bazo, riñones, vesícula y vena porta sin alteraciones. No líquido perirrenal, libre intraperitoneal ni en pelvis. En analítica destaca hemoglobina 12, 2, Ph 7,19, láctico 4,7 y bicarbonato 17. En ecografía torácica se evidencian múltiples fracturas costales y hemoneumotórax que se drena. Traslado a Hospital de referencia, durante el que se transfunden dos concentrados de hemáties. Llega a éste en coma profundo. En TAC se evidencian focos de sangrado subaracnoideo en surcos de ambas convexidades e interpeduncular. Fractura de todas las costillas de hemitórax derecho con volet costal, hematomas de pared lumbar, fosa parietocólica derecha y perihepático. Fractura de apófisis vertebrales lumbares y pertrocanterea de cadera izquierda. En UCI continúa con labilidad hemodinámica con Noradrenalina a dosis máximas. Se transfunden cuatro concentrados de hemáties, plasma, cristaloides y fibrinógeno. En ecocardiograma destaca ventrículo izquierdo con buena función hiperdinámico y con signos de franca hipovolemia sin derrame pericárdico. Valorada por cirugía torácica para toracotomía exploradora urgente, durante la cual persiste muy inestable, precisando de infusión continua de drogas vasoactivas y reanimación intensiva. Se drena hemotórax masivo y se reseca parte del pulmón derecho por laceración. Entonces comienza con dilatación abdominal franca, abdomen en tabla e hipotensión que no responde a fármacos. Desaturación y sangrado masivo por tubo orotraqueal y sonda nasogástrica produciéndose finalmente parada cardiaca. Se decide toracotomía lateral izquierda para masaje intracardiaco y laparotomía media abdominal siendo infructuosas ambas.

CONCLUSIONES:

Pese a las mejoras tecnológicas y técnicas que se han ido incorporando a nuestra práctica en atención a pacientes críticos, y a la labor conjunta de distintos profesionales nuestra profesión es un reto de auto- superación constante.



índice temático



índice autores



inicio





CASOS CLÍNICOS

P-2773

ESTOY MUY FLOJO DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?

JF García García (1), C Celada Roldán (2), C García Balsalobre (3),
M Plasencia Martínez (3)

(1) Centro de Salud Cartagena Este. (2) Centro de Salud Los Dolores.

(3) Centro de Salud San Antón. Murcia

PALABRAS CLAVE: astenia-debilidad-tuberculosis

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 Años natural de Marruecos que acude a urgencias por síndrome constitucional con pérdida de 8 kilos en 5 meses. Tos con expectoración mucosa no fiebre ni sudoración nocturna. No hemoptisis ni dolor torácico. Exploración física: REG, caquexia, TA 93/57, Eupneico en reposo con satO2 95%. AC: rítmico sin soplos 100lpm, AP: MVC sin estertores. Pruebas complementarias: Rx Tx: ICT conservado. Cavidad en llingula de 10x6x7 cm de bordes irregulares con engrosamiento pleural adyacente Analítica: PCR 17,3 Hemograma : Hb 8,7 leucocitos 15340 (79.2N,13,9L) Se realiza Mantoux y se toman muestras para dos hemocultivos y cultivo de esputo para bacterias aerobias, anaerobias y micobacterias. Se cursa ingreso a neumología ante Rx torax compatible con TBC. Durante su estancia en el servicio de neumología Espusos seriados (x3): Auramina positiva, 1-9 BAAR/ 100 campos. Ziehl-Neelsen +. PCR + para micobacterium tuberculosis. Tras confirmación en PCR de esputo positiva para micobacterium tuberculosis se inicia tratamiento tuberculostático con 4 drogas de primera línea. Las baciloscopias fueron inicialmente positivas y se negativizaron a los dos meses. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta con controles clínico-radiológicos.

CONCLUSIONES:

Con este caso clínico hemos querido realzar la importancia, de ante la sospecha de un paciente sugerente de TBC hay que actuar de forma precoz porque es fundamental para un pronóstico favorable. Nos encontramos con una dificultad que es la barrea idiomática, por ello toma más relevancia la exploración física que nos orienta a un síndrome constitucional en un paciente natural de Marruecos. Siempre hay que trabajar con todos los elementos que recogemos en la anamnesis y trabajar con todos ellos en su conjunto para orientar el diagnóstico. Recordar que en la tuberculosis juega un papel importante la inmigración proveniente de áreas endémicas. Es cierto que este caso clínico no es muy representativo por el simple hecho de que no presentaba una auscultación pulmonar muy característica y no presentaba ni hemoptisis ni tos crónica, por ello que debemos estar alerta y solicitar un Rx torax ante un simple sospecha de TBC que es una prueba barata y sensible.

P-2774

NECROSIS GRASA ENCAPSULADA

B García López, A Chamali Pino, E Tejedor Simón, M Anadón González

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

PALABRAS CLAVE: abdomen-necrosis-dolor abdominal

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 38 años de edad que acude por cuadro de dolor abdominal de 2 días de evolución que inicialmente se localizaba en epigastrio y posteriormente localizado en fosa iliaca derecha, asimismo refería febrícula que se acompañaba de hiporexia. No náuseas ni vómitos, no alteración del hábito intestinal. A la exploración física buen estado general, con abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, sin signos de irritación peritoneal. Resto de la exploración sin interés. Pruebas complementarias: Analítica con leucocitos en el límite alto de la normalidad, con PCR de 136, resto de bioquímica y sistemático de orina normal. Ecografía abdominal: pequeña cantidad de líquido libre parauterino y en Douglas, sin llegar a visualizar apéndice cecal. Pólipo vesicular. Leve ectasia pielica izquierda. TC abdominopélvico: formación nodular que mide 52 x 53 x 60mm en flanco izquierdo, redondeada, bien definida y delimitada por una pared fina y lisa, con contenido heterogéneo con áreas de atenuación grasa. Esta lesión se muestra en íntimo contacto con la porción de unión del duodeno con el yeyuno, aparentemente dependiente de pared. Esta imagen es sugestiva de infarto omental encapsulado o lesiones de tipo neoforativo, todas ellas con signos de infección/inflamación. RNM abdominal: Colección con mínimo contacto con yeyuno proximal sin clara dependencia sugestivo de necrosis grasa encapsulada en grasa mesentérica izquierda con cambios inflamatorios adyacentes. Juicio clínico: Necrosis grasa encapsulada.

CONCLUSIONES:

La grasa intraabdominal es un tejido metabólicamente activo que puede experimentar necrosis por diferentes mecanismos, manifestándose frecuentemente como dolor abdominal agudo/subagudo. Las lesiones que cursan con necrosis de la grasa intraabdominal presentan unas características radiológicas que junto a los hallazgos clínicos y a su localización en el abdomen permiten realizar un diagnóstico radiológico fiable y así aplicar el tratamiento más adecuado, evitando cirugías innecesarias. La necrosis grasa encapsulada es un proceso degenerativo del tejido adiposo, de etiología incierta y que parece ser postraumático o isquémico. El seguimiento radiológico inicial es aconsejable para confirmar el diagnóstico y, en algunos casos detectar complicaciones.



CASOS CLÍNICOS

P-2776

TRAUMATISMO FACIAL Y FRACTURA DE SENO FRONTAL

MC Veiga Crespo, MN Martín Alonso, AD Abraccio Casanova,
JM González de Abreu

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

PALABRAS CLAVE: fractura-facial-orbita

HISTORIA CLÍNICA:

Ámbito del caso: Las fracturas del seno frontal son poco frecuentes, constituyendo un 5-15% de todas las fracturas faciales en nuestro medio. Se producen después de impactos de alta energía, más frecuentemente en varones jóvenes y en ocasiones se asocian otras fracturas que pueden pasar inadvertidas, por lo que un tratamiento inadecuado puede conducir a complicaciones graves inmediatas e incluso a largo plazo. Historia Clínica: Varón de 20 años que acude a urgencias una hora después de haber sufrido un traumatismo accidental. Refiere dolor en hemicara izquierda, mareo, un vómito y epistaxis autolimitada por fosa nasal izquierda, niega pérdida de conocimiento, cefalea, disminución de agudeza visual u otros síntomas pertinentes. A la exploración física se evidencia clínica y hemodinamicamente estable. Destaca edema, crepitación y hematoma periorbitario izquierdo, no deformidad facial evidente. Fosa nasal izquierda con restos hemáticos, no sangrado activo. Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas, normorreactivas, no diplopía, Campimetría normal, Pares craneales indemnes, no signos meníngeos ni focalización, fuerza muscular y sensibilidad conservada, Romberg (-), ROT normales. Se solicita TAC craneal y facial. TAC: Hallazgos compatibles con Fractura de la pared anterior del seno frontal y pared superior de la órbita izquierda, con desplazamiento de fragmentos milimétricos hacia la órbita. Neumoorbita. Se deriva a cirugía maxilofacial del hospital de referencia donde se manejó de forma conservadora tratado con antiinflamatorios no esteroideos y antibiótico. Además, fue valorado por Oftalmología quienes tras descartar otras complicaciones desde ese punto de vista es dado de alta con posterior control en consultas.

CONCLUSIONES:

El mecanismo de la lesión, la sintomatología y exploración física obligaban a sospechar la posibilidad de fractura(s) facial(es) lo cual se confirmó con prueba de imagen y una vez descartadas complicaciones severas agudas, entre las que destacan fractura de pared posterior del seno y neumocéfal, sólo requirió manejo conservador, respondiendo favorablemente.

P-2777

LA REPERCUSIÓN DE UN TROPIEZO

R Cenjor Martín, EM Prieto Piquero, L López Menéndez,
M Cordero Cervantes, EM Cano Cabo, R Sánchez Rodríguez,
I Lobo Cortizo

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PALABRAS CLAVE: fístula-líquido cefalorraquídeo-traumatismo

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Se trata de un varón de 30 años, profesor de Pilates y fumador de 10 cigarrillos/día (IPA 15 paquetes-año), sin alergias ni otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor en región sacra tras caída accidental mientras practicaba deporte. La exploración física no revela alteraciones. Se solicita radiografía lumbosacra que descarta afectación ósea, por lo que se pauta analgesia convencional. Al cabo de 15 días, el paciente vuelve a consultar por la aparición de una tumoración a dicho nivel, sin fiebre ni supuración asociadas. En la exploración física, se observa colección de partes blandas, fluctuante, sin eritema ni signos de infección e indolora a nivel lumbosacro. Se decide realizar punción desde Urgencias que muestra material compatible con líquido cefalorraquídeo (LCR). El paciente es ingresado para realización de resonancia magnética que se informa como defecto de cierre posterior de S1 y colección serosa sin trayecto fistuloso evidente. En revisión al cabo de 2 meses, la tumoración había desaparecido por completo de forma espontánea. JUICIO CLÍNICO Fístula de LCR post-traumática. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Abscesos, tumores, hematomas, fracturas, origen yatrogénico (fístulas post-punción, secuelas quirúrgicas).

CONCLUSIONES:

Las fístulas de LCR se producen por la existencia de una comunicación o brecha osteomeníngea y pueden ser traumáticas/iatrogénicas o primarias /espontáneas. Las primeras son las más frecuentes, ubicándose en más del 80% de los casos en la base del cráneo. La localización lumbar es muy infrecuente y se presenta casi exclusivamente como complicación de punciones. Clínicamente, cursa con cefalea (típicamente ortostática, vespertina, con buena respuesta a analgesia convencional) e hipotensión por pérdida de LCR, aunque si la localización es más baja puede producir fístulas a tejidos blandos con formación de colecciones o salida de LCR a piel. El tratamiento es endoscópico dada la localización más habitual de base del cráneo o quirúrgico y raramente se resuelven de forma espontánea. El caso presentado hace referencia a una localización poco habitual y de resolución espontánea de una patología poco frecuente, pero que debería tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de nuestros pacientes.





CASOS CLÍNICOS

P-2778

RABDOMIOSARCOMA BOTRIOIDES

A García Martínez, D López Fernández, N Otero Cabanillas, CJ Carrión Ballardo, I Ruiz Larrañaga, M Arias Lago, P Bermúdez Martí
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

PALABRAS CLAVE: rabdomiosarcoma-botrioides-sangrado vaginal

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 13 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por sangrado vaginal oscuro y maloliente de cuantía moderada de aproximadamente una semana de evolución. Nuligesta. Menarquia a los 11 años. Última regla hace 15 días. Ciclos menstruales regulares (6/28). No uso de tampones. No relaciones sexuales. Exploración física y pruebas complementarias: Afebril y hemodinámicamente estable. Buen estado general. Normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Auscultación cardiopulmonar: normal. Mamas: normales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Genitales: externos normales. Genitales internos (espéculo): flujo sanguinolento maloliente, masa con áreas necróticas muy friables que protruye hacia vagina impidiendo visualizar orificio cervical externo. Ecografía vaginal: Útero en ante, endometrio lineal. Masa móvil pediculada de 85X50 mm que parece depender de cara posterior de cérvix, bien delimitada, muy vascularizada. Ecografía abdominal: normal. Analítica (hemograma, bioquímica y coagulación): normales. Se extirpa un fragmento y se envía a anatomía patológica con el resultado de sarcoma Botrioides. Estudio de extensión: PET, RMN y biopsia MO: Adenopatía retroperitoneal (precava) derecha, no infiltración de médula ósea. Juicio clínico: Sarcoma botrioides estadio III (TNM).

CONCLUSIONES:

El Sarcoma Botrioides es una variante polipoide del rabdomiosarcoma embrionario y representa el 5% de los casos de rabdomiosarcoma. Se caracteriza por su crecimiento en espacios abiertos: vejiga, nasofaringe y vagina, con menos frecuencia asienta en cérvix y cuerpo uterino. La etiología es desconocida, es una neoplasia altamente maligna, de origen multifocal, que crece como masas voluminosas, polipoides, que pueden llenar y sobresalir de la vagina, con aspecto de racimo de uvas (botrioides). Su consistencia es gelatinosa, friable y desprende fragmentos, produciendo sangrados vaginales. También puede manifestarse con síntomas del tracto urinario o intestino grueso. Puede propagarse mediante extensión local o a través de los sistemas venoso y linfático siendo las localizaciones más comunes: ganglios linfáticos regionales, pulmón, hígado, médula ósea, huesos y encéfalo. El tratamiento depende del estadio clínico, la localización del tumor primario y la extensión de la enfermedad: Quimioterapia +/- radioterapia y cirugía.

P-2779

TE EXPLORARÉ DE LOS PIES A LA CABEZA... DEL PERONÉ

G Molina Barriga, B Villacañas Redondo, N Arroyo Pardo, A López Llerena, A del Campo Carreño, E Pérez Castro, G del Pozo Peláez

Hospital El Escorial. Madrid

PALABRAS CLAVE: peroné-fracturas de la tibia-torsión mecánica

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 24 años acude al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional en el tobillo derecho tras torsión mecánica de la pierna estando el pie fijo. En el traumatismo nota un chasquido y dolor inmediato en el tobillo con impotencia funcional para la bipedestación y deambulación. EF: Buen estado general. MID: Maléolo tibial y peroneo tumefactos. No hematomas, ligera deformidad de 1/3 distal tibial con dolor selectivo de esa zona y también en tercio proximal de peroné. No crepitaciones. Arcos de movilidad limitados por dolor. Vasculonervioso distal conservado. RX Tobillo: Línea de fractura espiroidea suprasindesmal de tercio inferior de tibia. Rx Pierna: Trazo de fractura de 1/3 proximal del peroné. Diagnóstico: Fractura de tercio inferior de tibia, suprasindesmal y tercio superior de peroné equivalente a fractura de Maisonneuve.

CONCLUSIONES:

Esta fractura nos recuerda la importancia de la exploración física rigurosa de tobillo, siempre incluyendo la articulación proximal y distal a la lesión principal. Esta lesión aparece cuando una fuerza rotacional es aplicada cuando el pie se encuentra fijo. Esta fractura además de afectar la tibia, compromete la membrana interósea y termina con la fractura del tercio proximal del peroné. Por lo tanto, es importante explorar el peroné proximal cuando el paciente se queja de dolor en tobillo. La evaluación neurológica debe ser cuidadosa ya que el nervio peroneal cruza la cabeza del peroné y es susceptible de ser afectado. Una disminución de la sensibilidad del antepie sugiere su afectación. El tratamiento de esta fractura dependerá de la afectación de la mortaja tibio-peroneal. Si esta no está afectada y la sindesmosis no se encuentra ensanchada, el tratamiento será ortopédico (yeso por 6 a 8 semanas). Caso contrario el tratamiento será probablemente quirúrgico.



CASOS CLÍNICOS

P-2786

ACTUACIÓN URGENTE EN UN ACCIDENTE DE MOTO

JM Higuera Coca, M Ruiz Ojeda

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Valle de Los Pedroches. Córdoba

PALABRAS CLAVE: politraumatizado-motorista-hemorragia

ÁMBITO DEL CASO:

Extrahospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Formas parte de una UVI-Móvil y te avisan de accidente de tráfico en vía pública, carretera interurbana de un carril por sentido. Al llegar encontramos un paciente de 30 años en el suelo del andén derecho, con un casco integral puesto, en decúbito supino y lejos de la moto. Sin antecedentes de interés. Sin cuerpos extraños en vía aérea. Frecuencia Respiratoria 8, ambos campos pulmonares ventilados. Tórax simétrico. No hay sangrado evidente salvo mínima otorragia. Abdomen blando. Frecuencia cardiaca 50 latidos. Pulso radial débil, casi inexistente. Femoral y carotideo normal. Piel pálida y fría. Glasgow (GCS): 3 (respuesta ocular, verbal y motora nula). Fractura cerrada de tibia y peroné izquierdos. Sospechamos traumatismo cerrado de abdomen con shock hipovolémico descompensado, dado que, el indicador más fiable de hemorragia intraabdominal es la presencia de un shock hipovolémico de origen no explicado. Aseguramos la escena, retiramos el casco entre dos, uno sujeta el casco estabilizando así cabeza y cuello. El segundo, retira el escudo facial y sujeta la mandíbula del paciente entre pulgar y los dos primeros dedos a la altura del ángulo mandibular. La otra mano se coloca bajo el cuello de la zona occipital del cráneo para controlar la estabilización manual. Colocamos un collarín cervical, que garantiza la estabilidad de la columna cervical, colocamos un Guedel, para permeabilizarle la vía aérea aunque el paciente este ventilando. Suministramos oxígeno al 95% (FiO2 95%) y nos preparamos para una posible intubación. Hacemos una glucemia. Si existe hipoglucemia, suministraríamos por vía intravenosa glucosa al 50%. Se canaliza dos venas con catéter 18, administrando Ringer abundante. Monitorizamos, para evaluar el estado del paciente. Alineamos tibia y peroné e inmovilizamos con una férula, teniendo en cuenta la articulación distal y proximal. Lo levantamos en bloque para subirlo a la camilla y así transportarlo a un hospital de tercer nivel, que tenga unidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIONES:

El paciente sufrió un impacto con lanzamiento, ya que fue hallado alejado de la moto. La hipotensión indica sospecha de traumatismo cerrado de abdomen hasta que no se demuestre lo contrario, ya que refleja pérdida de sangre, descartada la fractura de tibia y peroné (mínima) y que difícilmente lo llevaría a una hipotensión severa. Además, un paciente puede sufrir importantes fuerzas de desaceleración o compresión si se ve implicado en accidente con vehículo de motor o motocicleta, cuando recibe un golpe o es atropellado por un vehículo o cuando se cae desde una altura importante.

A-2540

CUIDADO CON EL ELECTROCARDIOGRAMA

A Colera López, JM Krivocheya Montero, SV Cortiñas Jurado, R Franco Ferraz, FH Castaño García, N Abdeslam Mohamed

Urgencias Hospital Comarcal de Melilla

A-2542

FRACTURA LUMBAR EN ACCIDENTE DE TRÁFICO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

P Benedé Ubieto (1), E Blesa Clavero (2), S Abella Barraca (1), S Batista Pardo (1), E Sierra Quintana (1), J Pérez-Nievas López de Goicoechea (1), F Benjumea Fernández (1)

(1) 061 Aragón. (2) Hospital San Jorge Huesca

A-2580

ABSCESO INGUINAL RECIDIVANTE:
UN DIAGNÓSTICO INVEROSÍMIL

N Pérez Expósito, M Carrasco Gómez, JA Gallego Sánchez

Hospital Imed. Elche

A-2581

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN URGENCIAS
EN LA EDAD PEDIÁTRICA

R Molina Ruano (1), A Martín-Vivaldi Jiménez (1), S Quirante García (1), JM Alonso Morales (1), S Martínez Diz (2), M Liñán López (1)

(1) Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (2) Centro de Salud La Zubia. Granada

A-2584

SÍNDROME BROWN-SÉQUARD EN UN POLITRAUMA GRAVE
POR ARMA BLANCA. IMPORTANCIA DE LA SISTEMÁTICA
DE LA EXPLORACIÓN ABCDE

F Moreno Calatrava (1), M Gil López (1), E Prado Mel (2)

(1) Hospital de la Merced. Osuna. (2) Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2586

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO DEBUT DE UNA FÍSTULA AORTOESOFÁGICA

R Gallardo González, C Cara Liger, D Jiménez Baena, A Serrano Heras, I García Baquero, E Culpán Arias, N Fernández de Cañete

Hospital Universitario San Agustín. Avilés (Asturias)

A-2590

PROCESO CLÍNICO DIAGNÓSTICO EN UNA MASA TUMORAL A EXPENSAS DE TEJIDO ÓSEO

E Rodríguez Conesa, P González Jiménez, M Rojo Iniesta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga

A-2595

NECROSIS ASÉPTICA DE CADERA DIAGNOSTICADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A García-Perla García, E Chinchilla Palomares, I Pérez Torres, JM Jiménez Martín, MR Ramírez Balas, C Jiménez Carrasco

S. de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

A-2598

ROTURA ESPONTÁNEA DE BAZO ENMASCARADA EN CONTEXTO DE VIRIASIS (PROBABLE MONONUCLEOSIS)

R Suárez Cadenas (1), M Díaz García (2), MJ Cabrerizo Egea (3)

(1) EPES 061 Almería. (2) UGC Nijar, (3) DCCU Bola Azul

A-2602

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DE EDAD AVANZADA

A Sánchez Valencia, LG Alcalá Bustos, J Zarco Manjavacas, CA Moreno Caycedo, C López Ríos, J Paz Galiana, M Sánchez Ruiz

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

A-2615

MASA PALPABLE Y DOLOROSA EN MIEMBRO INFERIOR DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN

E Jiménez Ruiz, MP Lora Coronado, ML Millán Montilla

C.H. Ciudad de Jaén

A-2617

ESPONDILITIS CON MENINGITIS BACTERIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO

AF Viola Candela, AF Salvatierra Maldonado, AJ Macías López, MI Martiño Díaz, M Martín Sánchez, S Fiorante, RM Santiago López

Complejo Asistencial Ávila (Hospital Nuestra Señora Sonsoles).

A-2620

CUERPO EXTRAÑO GENITAL ACCIDENTAL

C Baldeón Conde, L López Delgado, T Maestre Orozco, A Cuesta Marín, E Peraita Fernández, Z Soneira Rodríguez, R Hernández Allende

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-2624

CUANDO EL ÁRBOL NO NOS DEJA VER EL BOSQUE

V Pujol Aymerich, O Yuguero Torres, A Marí López, C Pardos Molina, MJ Abadías Medrano, A Vena Martínez

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

A-2625

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

H Ordiz Suárez, JF Rodríguez García, JJ Figueroa Pérez, JA Cebamanos Marín, E Cestafe Aja, MD Sojo Nalda

Fundación Hospital Calahorra. La Rioja

A-2628

PERFORACIÓN INTestinal POR ESPINA DE PESCADO

MJ Rodríguez Ourens, B Vilaboy Arias, M García Rodríguez

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

A-2629

ERROR EN EL DIAGNÓSTICO. A PROPOSITO DE UN CASO DE FRACTURA PATOLÓGICA

M Soler Núñez, ML Morales Cevitanes, M Jiménez Parras, E Rosell Vergara

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2630

LUMBALGIA Y FIEBRE, UNA COMBINACIÓN PREOCUPANTE

RM Herrero Antón, C Crespo Martínez, J García Criado,
P García Herrero, VM Sánchez Moro, MC Rivas Herrero

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

A-2632

UN TIPO NO HABITUAL DE DERRAME PLEURAL
TRAS TRAUMATISMO

MA Esquivias Campos (1), R Nascimento Beltrán (1),
C Moreno Caycedo (2)

(1) Hospital La Mancha Centro. (2) Hospital de Tomelloso. Ciudad Real

A-2633

ÍLEO BILIAR

L Lozano Romero, S Mangas Ramírez, JM Montero López,
J Jurado Ordóñez, J Cabezas Jiménez, MA Alcalá Velasco

HGB Motril. Granada

A-2635

TETANIA Y DOLOR ABDOMINAL TRAS TRAUMATISMO
POR ELECTRICIDAD

R Izquierdo Bonillo, MJ Angulo Florencio, Y Zakariya-yousef Breval,
R Ingelmo Madruga, C Colomo Gil

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

A-2637

SHOCK HIPOVOLÉMICO DE ETIOLOGÍA INFRECIENTE

J Madrigal Valdés, F Favá García, A Ardila Soto, M López-Sidro López,
M Ortega Mercader, C Bayón Bartolomé, A López Llerena

Hospital El Escorial. Madrid

A-2638

DOLOR TESTICULAR COMO MARCADOR DE PATOLOGÍA
RETOPERITONEAL

P Bustamante Marcos, I Álvarez Nozal, C Peña Busto,
N Vicario Jiménez, I Rincón Pradales, M Bas Gonzalo

Hospital Santos Reyes. Alcalá de Henares, Madrid

A-2647

¡NO ME RESPONDEN LAS PIERNAS!

S de Francisco Andrés (1), S del Amo (1), M Celorrio (1),
V Rodríguez Fariña (2), J Naranjo Armenteros (2),
R Rodríguez Borrego (2), I Corbacho Cambero (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Valladolid.

(2) Complejo Hospitalario de Salamanca

A-2651

SÍNDROME FEBRIL Y TETRAPLEJÍA

C Castro Pérez, CM Oliva Moreno

Hospital Punta Europa Algeciras. Cádiz

A-2653

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CLAVÍCULA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

P Fombellida Gutiérrez, R González Peredo, C Santos Ledo,
DM Robaina Cabrera, A García-Lago Sierra, A Vázquez Sánchez

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

A-2654

AQUILES Y LA RATA

R González Peredo, L Campos Caubet, I Incera Alvear,
C Azofra Macarrón, E López Uzquiza, E Crespo Hualde, B Pereiro

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

A-2655

SÍNDROME DE RAPUNZEL. UNA RARA CAUSA DE OCLUSIÓN
A NIVEL ABDOMINAL

BM Lizardo Sangiovanni, JM Krivocheya Montero, OA Rivera García,
C Vázquez López, F Bernal Miguel, K Burrahay Anano Hach-Driss

Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Melilla

A-2656

DOLOR ABDOMINAL TRAS LITOTRISIA...
NO TODO ES UN CÓLICO RENAL

A Ortiz Manzano, C Piedra Rodrigo, IS Revellés Medina

Hospital Torrecárdenas. Almería



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2658

**TERATOMA QUÍSTICO MADURO BENIGNO.
TUMOR MEDIASTÍNICO COMO CAUSA EXCEPCIONAL
DE DOLOR TORÁCICO**

A Ortiz Manzano, C Piedra Rodrigo, IS Revelles Medina

Hospital Torrecárdenas. Almería

A-2668

HERIDA POR ARMA BLANCA EN ABDOMEN

E Bellido Pastrana, R Gil Alcaraz, C Oliva Moreno

SCCU-Urgencias. Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz

A-2676

ESTO YA NO ES UN CÓLICO RENAL

F Sabio Reyes, ME Puga Montalvo, ME Moreno Matín-Vivaldi,
AB Cabrera Díaz, R Valdivieso Rodríguez, C Ruiz Andrés,
JM Martín Mora

Complejo Hospitalario de Granada

A-2677

**DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS. UTILIDAD EN EL
MANEJO PACIENTE ATRAUMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

M Soler Núñez, M Conde Melgar, J Ruiz del Pino, E Enriquez Álvarez,
D Jiménez-Peña Mellado, E Rosell Vergara

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

A-2678

**DOLOR ABDOMINAL, MOTIVO HABITUAL DE CONSULTA
EN URGENCIAS**

C Hernández Martínez, D Rosillo Castro, R López Valcárcel,
MP Egea Campos, VA Jiménez Garzón, D Fernández Garrido,
E Carreño Aroca

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

A-2688

**PERFORACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO
POR CABLE DE MARCAPASOS**

MA Cazorla Méndez (1), R Rojas Luan (1), JJ Soria Torrecillas (2),
MJ Huertas Sánchez (1), V Asensio Villanueva (1),
M Lozano Espinosa (1), M Egea Simón (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Hospital Santa Lucía. Murcia

A-2689

DOLOR ABDOMINAL CÓLICO DE ORIGEN ESQUIVO

E Reyes Larios, N Trapero Iglesias, V Canto Blázquez,
MJ Venegas L'Hotellerie, B Rodríguez Miranda

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

A-2695

**SEPSIS GRAVE POR INFECCIÓN PERIPROTÉSICA DE CADERA
IZQUIERDA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR
QUE CONSULTA POR DESORIENTACIÓN, PARÁLISIS FACIAL Y
HEMIPARESIA IZQUIERDA**

P Tranche Álvarez-Cagigas, LJ Arce Segura, E Díaz Vera,
Y López Albarrán, JM Galván Román, J Valverde Sevilla,
B Fraiz Muñoz

Hospital Infanta Leonor. Madrid

A-2697

**HEMATOMA PERIRRENAL TRAS LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

L Gómez Martínez, D Díez Herrero, A Krompiewski Fernández,
A Huesa Perales, A Mínguez Cebrián, E Díaz Fernández

Urgencias. Hospital de San Juan. Alicante

A-2699

ADOLESCENTE CON DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

MC Rodríguez Casimiro, MC Rubio Miguel, E Caro Vázquez,
A Cabo López, D Diz González, J Cano García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2700

UNA URGENCIA QUE ES UNA EMERGENCIA.
TAPONAMIENTO CARDIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO

EM Domínguez del Brío (1), L Cabezudo Molleda (1),
C Arribas Santiago (2), AI Iglesias Clemente (3), E Álvarez Artero (1),
PA Toral Buena (4), G Cabezudo Molleda (5)

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia. (2) Servicio Urgencias de
Atención Primaria. Palencia. (3) CS La Puebla. Palencia. (4) CS Jardinillos,
Palencia. (5) Facultad de Ciencias de la Salud, Medicina y Cirugía. Valladolid

A-2706

PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA DE INTESTINO
DELGADO EN URGENCIAS COMO DEBUT DE ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL

E Muñoz Alonso, P Alonso Chacón, C Avellaneda Martínez,
I Marcos Sánchez, S Gil López, M Gutiérrez de Antonio

Servicio de Urgencias. Hospital General de Segovia

A-2717

DOCTOR, SE ME CAE LA BABA

FJ Sánchez Galindo, M López García, R Santiago Gómez,
F Juanes Toranzo, I Cordon Dorado, M Martín Sánchez,
A Macías López

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

A-2718

POLITRAUMASTIMO EN ACCIDENTE HÍPICO

B Sánchez Alamo, J Puerma Ruiz, A Cardeña Gutiérrez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A-2734

ACCIDENTE DE TRÁFICO

G Alonso Sánchez, E Pérez Pagán, P Rodríguez Lavado,
C García-Giralda Núñez, N Benítez Samuel, M de la Torre Olivares
A Egea Huertas

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

A-2738

DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO: CÁNCER DE OVARIO

D López Fernández, A García Martínez, P López Tens,
A Blanco García, E Lino Montenegro, D Fernández Torre,
D Martínez Revuelta

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

A-2749

SÍNDROME CONO MEDULAR O COLA DE CABALLO

A Cuadrado González (1), C Medina Sanz (2), MP Poveda Serrano (1),
M Urdaz Hernández (1), ML Catalán Ladrón (1),
I Rodríguez Mijangos (1)

(1) Hospital Ernest Lluch Calatayud. (2) Hospital Royo Villanova. Zaragoza

A-2754

FRACTURA DEL SUELO DE LA ÓRBITA TRAS TRAUMATISMO
FACIAL ACCIDENTAL

R Alcolea Garrido (1), M Franco Sánchez (2)

(1) C. S. Barrio del Carmen. (2) C. S. Floridablanca. Murcia

A-2765

ACCIDENTES EN ESCALADA: INMOVILIZACIONES, SEGUIMIENTO
Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (DOS CASOS CLÍNICOS)

I Labaka Arrate (1), J Prieto Murua (2)

(1) Hospital Universitario Donostia. (2) Emergencias Guipúzcoa

A-2768

INTOXICACIÓN QUE TERMINÓ EN CIRUGÍA

CM Puerta Castellano (1), M Bonifacio Martín (2),
V Fernández de Cordo González (3), C García Sarmiento (1),
M Nogueras Cabrera (1), I Miguens Blanco (1)

(1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2) ENPC.
(3) SAMUR-PC. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

A-2771

DOLOR ATRAUMÁTICO DE MIEMBRO INFERIOR

V Vallmitjana Fernández (1), T Martín de Rosales (1),
D González Falcón (1), B Jerez Basurco (1), M Sáinz-Maza Aparicio (1),
A Marquina Cortés (2), N Castillo Biscari (1)

(1) Centro de Salud Los Alpes. (3) Centro de Salud Monovar. Madrid

A-2780

INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA SEMIRRÍGIDA EN PACIENTE
CON FRACTURA ABIERTA

M Benito López, MT Meneses Yaruro, FA Osejo Altamirano,
R Salvador Rubio, R Morancho Marín, GA María Ángeles,
A Baurre Pardo

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-2781

HEMATOMA MEDIASTÍNICO CON RADIOGRAFÍA DE URGENCIAS
NORMAL

MT Meneses Yaruro, KG Arza Romero, FA Osejo Altamirano,
FJ Juárez Barillas, V Chueca San Anselmo, A Baurre Pardo,
E Suelim Selma

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

A-2782

ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOMEDIASTINO COMO
MANIFESTACIÓN DE FRACTURAS DEL MACIZO FACIAL

EM Cano Cabo, M Cordero Cervantes, R Cenjor Martín, O Potemkina,
L López Menéndez, M Debán Fernández, EM Prieto Piquero

Hospital Universitario de Asturias. Oviedo

A-2783

SIENTO NO PODER MONTAR A CABALLO ESTE VERANO

Y García González (1), IE Ferrero Fernández (2), P González-Quirós (2),
S Moreno García (3), S Sánchez Menéndez (1), Z Vázquez Álvarez (1)

(1) Hospital del Oriente de Asturias. (2) Hospital Valle del Nalón.

(3) Hospital de Jerez Materno Infantil. Cádiz

P-2808

ASINCRONÍA DE AUTOCICLADO POR FASCICULACIONES

R Rodríguez Borrego, A Gómez Prieto, I Corbacho Cambero,
MJ González Pimienta, A Martín Aires, J Polo Benito,
V Polo San Ricardo

Complejo Asistencial Universitario Salamanca

PALABRAS CLAVE: patient-ventilator asynchrony-fasciculations-salbutamol

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

MOTIVO DE CONSULTA: Aumento de su disnea habitual, fiebre y somnolencia. **ANTECEDENTES PERSONALES:** varón de 56 años, EPOC tipo enfisema, HTA, arteriopatía periférica. IQ: Apendicectomía Tratamiento: Bisoprolol 10, Rivaroxaban 20, Spiriva, Ultribo, Flutiform 250/10, ventolín a demanda, Oxigenoterapia domiciliaria 2L/17 horas. **ANAMNESIS:** Paciente derivado por el servicio del 112 por cuadro de aumento de su disnea habitual con fiebre de hasta 39° y tendencia al sueño en los últimos días, el paciente refiere haber inhalado más de 20 veces el salbutamol el día de la consulta al Servicio de Urgencias. **EXPLORACIÓN FÍSICA TA:** 158/82, FC 135 lpm, SAT O2:70% con FiO2 al 50%, T° 38.4°. General: CYO BEG, tendencia al sueño, no IY. Tórax, MV disminuido con roncus generalizados Auscultación cardíaca, abdomen sin alteraciones extremidades signos de arteriopatía periférica. Exploración neurológica: sin alteraciones **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hemograma: 16000 leucocitos NE% 87 Bioquímica PCR 12 mg/dl procalcitonina 3 ng/dl Gasometría: pH 6.9 pO2 33 mmHg PCO2 106 mmHg Bicarbonato 39 mmol/l. RX condensación basal derecha **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** Infección respiratoria condensante en paciente EPOC, Acidosis respiratoria, hipercapnia. No subsidiario de ingreso en UCI. **TRATAMIENTO:** antibioticoterapia empírica, corticoides iv, se inicia VMNI con ventilador visión en modo ST con IPAP 14 cmH2O, EPAP 5cmH2O, FiO2 50%, Rampa 0.1 seg, Frecuencia de rescate 15 rpm, T Inspiratorio 0.8 seg. El paciente en un principio se adapta bien al ventilador, pero comienza con fasciculaciones a nivel facial en probable relación al abuso de inhalaciones de salbutamol por lo que aparece una asincronía en la fase de trigger, el autociclado. Se intenta corregir la asincronía disminuyendo fugas y presiones pero no se consigue. Se decide sedar al paciente cambia ra ventilador vivo en modo PCV con IPAP 16 cmH2O, EPAP 6 cmH2O T Inspiración 0.7segundos, Rampa 4 trigger inspiratorio 4 volumen asegurado 0.6 l. El paciente mejora progresivamente mejorando a las 2 horas con gasometría de control pH: 7.2 pCO2: 87, a las 8 horas pH:7.38 pCO 256. El paciente ingresa en el Servicio de Neumología sin trabajo respiratorio.

CONCLUSIONES:

En ocasiones es necesario sedación, cambio ventilador y modo control para evitar asincronías, incluso como uso compasivo.



índice temático



índice autores



inicio



CASOS CLÍNICOS

P-2810

DOCTOR, ME FALTA EL AIRE

IK Campuzano Juárez, DA Gil Loayza, M Hernández Carrasco,
N Rodríguez Panedas, CS Urbano Vivanco, V Ruiz Cuevas,
J Álvarez Manzanares

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: neumotórax- toracocentesis-disnea

ÁMBITO DEL CASO:

Hospitalaria

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 48 años, fumador por vapeo sin ningún otro antecedente de interés. Acude por disnea brusca de 3 horas de evolución estando en reposo, acompañado de dolor tipo pleurítico en hemitórax derecho sin irradiaciones. No tos productiva, ni fiebre o algún otro síntoma acompañante. No lo asocia a algún desencadenante previo. A la exploración física: hemodinámicamente estable, SatO₂: 98%, FR: 20x. Neurológicamente íntegro, no ingurgitación yugular. A la auscultación cardiopulmonar rítmico, no soplos, ruidos no desplazados. MVC con hipoventilación, hipofonía e hipertimpánico a la percusión en hemitórax derecho. Resto anodino. Se solicita hemograma, bioquímica y coagulación así como ECG siendo normales. En la Rx de tórax se observa neumotórax derecho con desplazamiento de mediastino. Por lo que se explica al paciente y familiar que la impresión diagnóstica es Neumotórax espontáneo primario que requiere la técnica de drenaje torácico e ingreso hospitalario desde el Servicio de Urgencias. Diagnósticos diferenciales: neumonía, derrame pleural, TEP, enfermedades intersticiales, bullas subpleurales, ruptura traumática del hemidiafragma.

CONCLUSIONES:

Se considera un neumotórax espontáneo primario ante la ausencia de enfermedad pulmonar subyacente. La causa más frecuente es la rotura de bullas subpleurales que se asocian al consumo de tabaco, genética, aspecto leptosómico, varón entre 15-34 años. El hemitórax que se afecta con más frecuencia es el derecho, y en un 10-15% de los casos es bilateral. Los signos radiológicos principales son la línea pleural visceral, diferencia de densidad entre pulmón colapsado y espacio pleural así como ausencia de vascularización pulmonar. La importancia del tratamiento radica en evacuar el aire, evitar las complicaciones y dependiendo del tamaño mantendremos una conducta expectante o colocaremos un drenaje torácico que permitirá la reexpansión. Es una técnica de urgencia que se puede realizar por los residentes teniendo en cuenta el que hacer/no hacer y los talleres prácticos en los congresos son de ayuda para la formación.

A-2792

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) CON V-60:
CASO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MN Fernández Díaz, VC Alonso del Rivero Hernández, EM^a Cano Cabo,
B Alba González, P Fernández Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

A-2801

TROMBOSIS AORTICA CON EXTENSION ILIACA BILATERAL

LM Roman, A Morales Rodríguez, N García Díaz, Y Aranda García,
M Hernández Egido, M Sánchez Pérez, R Penedo Alonso

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid



índice temático



índice autores



inicio



ÍNDICE DE AUTORES



CONGRESO NACIONAL SEMES
ALICANTE, DEL 7 AL 9 DE JUNIO DE 2017

Ciencia junto al mar



índice temático



índice autores



inicio





Índice de autores

A A R	0-1818	Acebedo Esteban FJ	P-259
A M A	P-896	Aceituno Castillo F	P-775, P-2545, P-2546
A M JM	P-2554, P-2614	Acha Martín M	P-2609
A M O	0-616, P-619	Achkar N	P-944
Abad Cebolla JC	P-175	Achurra Pardo I	A-612, A-652
Abad Fau E	A-2551	Acosta Benito M	0-648
Abad Hernández L	A-656	Acosta Ramón V	A-2339, P-1656
Abad López L	A-106	Acosta Roca J	A-2249, A-2289
Abad López M	P-259	Acuña Epelde Y	0-982
Abad Nieto AM	A-1498, A-1516	Adanero Calvo I	A-2521, P-2152, P-2516
Abad Suero A	P-1400	Adánez Martínez G	A-1332
Abadía Durán J	0-437, P-793	Adell Urraca J	P-2613
Abadía Piquero V	P-234	Adloff Alonso A	P-2163
Abadías Medrano MJ	A-80, A-519, A-1314, A-2624, P-1288, P-1348, P-1913, P-2682	Adriascenses Pérez M	0-1497, 0-1687, P-1688
Abarrio Fidalgo E	A-109, A-1010	Adsuar Parreño A	A-1954
Abascal Roda JM	A-2057, P-1832, P-2667	Adsuar Quesada JM	0-722
Abdeslam Mohamed N	A-2540	Aginaga Badiola JR	P-705
Abelaira Freire J	P-53, P-54	Agirre Juaristi N	P-2461
Abella Barraca S	A-285, A-490, A-2542, 0-70, 0-718, P-480, P-706, P-800	Agra Montava I	0-2128
Abella Lorenzo J	P-625	Ágreda Fernández M	A-9
Abellán García P	A-1188, A-1731, A-1738, P-1720	Aguado Castaño A	A-8, A-1146, P-1277, P-2156, P-2192, P-2704, P-2712
Abellaneda Camacho M	0-249, P-217	Aguayo López MA	P-27, P-1222, P-2055
Abia González J	P-219, P-316, P-374, P-375	Aguayo Ocaña ML	P-934, P-2063
Abraccio Casanova AD	P-2776	Agudelo Lombana C	A-913, P-300
Abreu Jáuregui E	A-2446	Agudo Jara B	0-623
Abreut Olsen E	A-2209	Agudo Mena JL	A-2283
Abril Molina A	A-134, A-1732, A-1741, A-2449	Agüera Fernández P	P-985, P-2681
Abu Raiya R	P-1047	Agüera León GL	A-1693
Abuín Flores J	P-241	Agüero Pereda M	A-1726
		Aguilar Andrea C	P-1322



ÍNDICE DE AUTORES

Aguilar Casas M	A-1839, P-1797	Albistur Lesmes I	P-838
Aguilar Fernández F	0-641, 0-2687, P-449, P-451, P-626, P-651	Alborch Ferris A	P-1047, P-1647
Aguilar Florit J	P-2269	Alcaine Chaure F	P-1068
Aguilar García A	P-2168, P-2188	Alcalá Aniento J	P-1508
Aguilar Lorente N	A-2373, P-2371	Alcalá Bustos L	A-913, P-1790
Aguilar Mulet JM	A-44, A-568, 0-928, P-16, P-1598, P-1788, P-2569	Alcalá Bustos LG	A-854, A-1269, A-1309, A-2602, P-1791
Aguilar Parra P	P-2049	Alcalá Velasco MA	A-2633
Aguilar Vivar EM	0-355	Alcalde López S	A-2484, P-99, P-1022, P-1401, P-1888, P-1943
Aguilera García M	A-47, A-568, P-2260	Alcántara Feliz L	P-1008
Aguilera Maldonado MJ	A-1952	Alcántara Alejo M	0-888, P-886
Aguilera Samaniego PN	P-2067, P-2068	Alcantarilla Campos R	P-498
Aguirre Sánchez J	P-825	Alcanthud González I	P-791, P-1219, P-1766,
Aguirre Tejedo A	P-2507	Alcaraz González MS	P-2504
Aguirrezábal Marcotegui L	P-56	Alcaraz Martínez J	P-446
Agustín Varas A	P-2037	Alcázar Artero PM	A-1103, A-2408, P-127
Agut Borrás L	A-2295, P-1610	Alcega Tirado JL	A-1746, P-189
Alarcón Escalonilla AI	A-2272, A-2328, P-69, P-2355	Alcocer Lanza MF	0-1235
Alarcón Morales MV	A-1839	Alcolea Garrido R	A-1689, A-2754, P-2367
Alario García MJ	P-1405	Alconchel García S	A-522, A-2608, 0-58, P-872, P-869, P-976,
Alba del Pozo N	A-1690, P-118	Alcover Medina V	A-1861, P-2001
Alba Esteban P	0-833, 0-951, P-838	Alcoverro Faneca M	P-666, P-717
Alba González B	A-779, A-2454, A-2792, P-778	Aldama Martín A	A-35, A-2534, P-595, P-1142, P-1739, P-2162, P-2427, P-2432, P-2433, P-2761
Alba Muñoz L	A-1371	Aldea Molina E	P-838
Alba Suárez JA	0-764	Alegre Ramos L	0-283
Albaladejo Manquillo B	0-623, 0-627, 0-642, P-605	Alemán Belando S	A-2346
Albarracín Serrano II	P-1783	Alfaro Belenguer E	P-1233, P-1803
Albarracín Vílchez MF	A-887, A-1940, P-1491, P-2622	Alfaro García-Belenguer E	A-930, A-1236, A-1283, A-2470
Albarrán Núñez M	A-859, P-48, P-1392	Alfaro Gómez C	P-390, P-393, P-1804, P-1805, P-2466, P-2575
Alberich Conesa A	0-1423, P-1654, P-1280	Alfayate Torres A	A-1740, 0-1645, P-575, P-1168, P-1715, P-2108, P-2733
Albertos Torres D	P-1204		
Albiñana Fernández A	A-1127, A-1648, P-1256, P-1829, P-1833, P-2336, P-2578,		



ÍNDICE DE AUTORES

Algaba Montes M	P-21, P-22, P-23, P-24, P-25, P-26	Alonso Esteban R	A-821, P-1249
Algado Selles N	P-2225, P-2268	Alonso Fernández G	P-839
Ali Ali B	P-361, P-2560,	Alonso Fernández J	P-2588
Ali Saadi M	A-2273	Alonso Fomento E	0-833, 0-951, P-838, P-1022
Aliaga Guillén A	P-1607	Alonso Formento JE	0-923, 0-1115, 0-1187, P-1148, P-1994, P-991
Aliaga Vera I	0-688	Alonso García E	P-2554
Alises Moraleda JM	P-300, P-909	Alonso Gardón A	P-1643
Allas Martín O	A-613, 0-614, 0-644, 0-767, P-604	Alonso Gregorio M	P-2565
Allende Mancisidor I	P-400, P-401, P-1400	Alonso Guardo L	A-2044
Alli Alonso L	A-2339, P-757, P-1656, P-1739, P-2427, P-2721	Alonso Guerra B	A-489
Alloza Vicente BC	P-452, P-2541,	Alonso Monge E	A-47
Allué García N	P-1643	Alonso Morales F	A-1493, P-2121
Almagro González V	0-211, P-307	Alonso Morales JM	A-2581, P-371, P-2599
Almenara Rescalvo C	P-69, P-2355	Alonso Morilla A	A-947, A-1871, 0-1426, 0-1469, P-1883
Almendárez Lacayo M	A-1071	Alonso Morte J	A-1933, P-2359
Almendros Rivas M	P-1654	Alonso Navarro R	P-1637, P-2230
Almodóvar Martín JL	P-453	Alonso Ovies M	P-583
Almuedo Riera A	P-1397	Alonso Pino MV	A-953
Alonso G	P-1225	Alonso Porcel C	A-1009, A-2515, P-1059, P-1145, P-1566
Alonso J	P-2543	Alonso Rodríguez A	P-237
Alonso Arévalo A	A-102, P-1345, P-2674	Alonso Rodríguez S	P-337
Alonso Avilés R	A-141, P-136, P-1977, P-2764	Alonso Romero L	0-1527, 0-1528
Alonso Bastos L	A-1136, A-2528, P-1064, P-2342, P-2724	Alonso Romero M	A-2138
Alonso Béjar P	A-1939	Alonso Sánchez G	A-103, A-1181, A-1621, A-1627, A-1659, A-2734, P-1555, P-2519, P-2714, P-2715, P-2745
Alonso Caballero J	A-186, A-188, A-326, A-327, A-456, A-467, A-468, A-1443, P-166, P-454, P-455	Alonso Sánchez M	0-211, 0-459
Alonso Caballero L	P-454	Alonso Torres A	A-1061, A-2028, 0-1770, P-3, P-288, P-699, P-1142, P-1509, P-1784
Alonso Chacón P	A-1812, A-2706, P-1028, P-1802, P-1836	Aloña Anduaga M	A-2328
Alonso del Rivero Hernández VC	A-779, A-2454, A-2792, P-778	Aloy Gallent MJ	P-350
Alonso Esteban G	A-1746, P-189, P-351	Alquezar A	0-895, 0-1095, P-813



ÍNDICE DE AUTORES

Altímiras Roset J	P-1494	Álvarez Torices JC	P-302
Altuzarra Martínez J	A-2134	Álvarez Troncoso J	P-1453
Alva García P	P-11, P-1794, P-2080	Álvarez-Ossorio Cisneros S	A-1162, A-1166, A-2416, P-2384
Alva D	P-2119	Álvaro Calero A	P-1027
Alvarado Cárdenas M	P-422	Amador Tejón MJ	A-1275, A-1425, A-1988, P-14, P-424, P-1506, P-2003, P-2052, P-2662
Álvarez Albarrán M	P-408, P-1217	Amat Martínez MA	P-325
Álvarez Álvarez M	P-1886	Ambrona García E	A-2259
Álvarez Artero E	A-2700, P-138	Ambrosio Carrasco LA	P-752
Álvarez Azofeifa MV	0-1235	Amenos Alcaraz I	0-249, P-217
Álvarez Benítez JC	P-1404	Amezqueta Tiraplegui VC	A-1578
Álvarez Blanco J	P-1845	Amézquita de los Santos AL	P-946
Álvarez de Miguel F	A-1575	Amigo Angulo J	0-1216, P-1239, P-1218
Álvarez Fernández J	P-1075, P-1141	Amodeo Arahal C	A-1695, P-117
Álvarez Franco JM	P-15	Amor Valero J	A-1560, P-55, P-2582,
Álvarez González J	A-2018	Amores Ampuero JM	P-2797
Álvarez Grégori JA	0-1235, P-2460,	Amores Valenciano P	A-106, P-107
Álvarez Hurtado A	0-1818	Amorós Lucas N	A-149
Álvarez López O	A-547, 0-1113, P-517, P-542, P-543, P-544, P-1798,	Ampuero K	P-1082
Álvarez López P	A-2109, 0-2488, P-2526	Amselem García G	P-537
Álvarez Manzanares J	P-38, P-411, P-736, P-1004, P-1221, P-1406, P-1408, P-1651, P-1652, P-2078, P-2258, P-2810	Anadón González M	A-43, P-572, P-2226, P-2774,
Álvarez Monterroso M	0-339, P-461, P-474, P-551	Anastasovski G	P-2423
Álvarez Nozal I	A-2638, P-788	Anaya Sifuentes D	P-1987
Álvarez Paniagua R	P-1133, P-2338	Andina Díaz E	P-268
Álvarez Pérez JM	0-871, 0-874, P-181, P-777, P-1326, P-1889,	Andonegui Melida C	P-314, P-331, P-368
Álvarez Rabanal M	A-2058, P-2015, P-2693	Andrade Barahona MM	A-1396
Álvarez Rodríguez A	P-1345	Andres Gómez M	P-1784
Álvarez Rodríguez E	P-889	Andrés Antolín I	P-597, P-1699
Álvarez Rodríguez JA	A-102, P-2674	Andrés Belmonte A	0-714, P-708
Álvarez Rodríguez L	P-2673	Andrés Bergareche I	P-986
Álvarez Rueda JM	P-376	Andrés Berian L	A-1369, P-532, P-892, P-894, P-937, P-1914,
Álvarez Soto A	P-404	Andrés Company M	P-1047, P-1647
		Andrés Fernández MC	P-220



ÍNDICE DE AUTORES

Andrés García I	0-500, 0-501, P-499	Aparicio Medina F	A-199, A-203, A-212, A-354
Andrés Gómez M	A-2028, 0-1770, P-3, P-288, P-699, P-1400, P-1777, P-2337, P-2520	Aparicio Parra Y	A-311
Andrés Paricio F	P-187	Aparicio Velasco J	0-1724, P-1730
Andrés Peiró C	A-1098, A-2270, P-1032	Aquilino Tari A	P-2400
Andrés Saliente A	P-210	Aracil Martínez B	A-1132
Andrés Vera J	A-1455, A-1701, P-2389, P-2405	Aranaz Andrés JM	0-312
Andreu Dalleres C	A-112, A-2409, P-987	Aranda S	0-1636
Andueza Lill J	A-407, P-1, P-1206, P-1764	Aranda Y	P-2491
Andújar Brazal P	A-1694, A-2381, A-2408, P-1182, P-127, P-1691, P-2377, P-2380, P-2387	Aranda Aguilar F	0-744, 0-745, P-2671
Angell Valdés S	P-1987	Aranda Colubi R	A-842, A-844, P-802, P-846
Anguita Santana AR	A-2275	Aranda García Y	A-103, A-483, A-1929, A-2372, A-2801, P-794, P-1220, P-1229, P-1234, P-1779, P-2565,
Angulo Florencio MJ	A-965, A-2635, P-2621, P-2623	Aranda Rodríguez S	P-421, P-422
Angulo Tabernero M	P-1888	Aranda Torregrosa M	P-2671
Aniceto Calero N	P-1366	Arango Selgas AM	P-969, P-1452
Antiqueira Pérez A	A-142, A-1286	Aranguren Arostegi A	A-35, A-1041, P-1026, P-2522
Antolín Barrios E	0-58, P-366, P-869, P-872, P-976	Arauzo Pacheco R	A-1454
Antolín Saéz E	P-809	Arbas Redondo E	P-792
Antolín Santaliestra A	0-1474	Arbesu Sirvent S	P-2569
Anton González B	P-2319	Arboleda Álvarez L	A-1340, A-1363, A-1911, A-1912, A-2132, A-2514, A-2515, P-1501, P-1915, P-2481, P-2673
Antón Basalo AD	P-178, P-234	Arbos Vila L	P-324
Antón Casas T	A-313, A-326, A-327, A-456, A-467, A-468, P-152, P-166, P-454	Arcas Jiménez MC	P-673
Antón González MB	P-987	Arce Rodríguez A	P-2747
Antón Ladislao A	A-1295, 0-1216, P-1218, P-1239,	Arce Segura E	A-962, P-2053
Antúnez Ganga R	A-103, A-1151, A-1659, P-1005, P-1684, P-2126	Arce Segura LJ	A-954, A-962, A-975, A-1056, A-1524, A-2695, P-891, P-2053,
Antuña Montes L	0-1356, P-1445	Arcega Sáinz R	P-324
Año Forcadell G	P-666, P-717	Arcega Sáinz S	P-324
Aparicio Alonso R	A-1431, A-1433, A-2374, A-2008, P-114, P-1795	Arciniega Salazar B	0-871, P-181, P-183, P-777
Aparicio Borrego C	A-1490, P-1436, P-1456	Arcos González P	A-685, A-746, 0-716, P-2456
Aparicio Caselles R	0-641	Arcos Rodríguez B	P-1403
Aparicio Mansilla E	A-70		



ÍNDICE DE AUTORES

Ardila Soto A	A-2637, P-130, P-1342	Arnanz González I	A-2110, P-110, P-1462, P-2588
Arellano Álvarez A	P-1051, P-1558	Arnés González S	A-1567, P-2490, P-2495, P-2502
Arellano Cobos MB	A-2523, P-1167	Arnillas Gómez P	0-263, 0-686, 0-726, P-721
Arellano Díaz N	A-1018	Arnauero García-Valcárcel R	P-672, P-698
Arenas Cambronero V	P-1556	Aroka Montaña JA	P-1017
Arenas Puga M	A-2278, P-558	Arrabal Téllez A	P-479
Arenillas Torquemada J	0-640	Arramberri del Vigo M	P-593
Arévalo Bernal A	P-2693	Arranz Betegón M	P-2567
Arévalo Cañas C	P-593	Arranz Díez B	P-1260
Arévalo de Pablos M	A-1001, 0-641, 0-675, 0-2687, P-133	Arranz Nieto MJ	A-527, P-526
Arévalo Pardal A	0-2497, P-1651	Arredondo Hortigüela E	P-1698, P-2385
Arévalo Pardal AM	P-1133, P-2338	Arriaza Álvarez A	P-711
Arévalo Velasco A	P-1405, P-1410, P-2493	Arribas Arribas P	A-522, 0-58, P-869, P-976
Arias Baldo P	P-482	Arribas Cerezo A	P-2152
Arias Cruz FM	P-351	Arribas Peña V	P-1494
Arias Lago M	P-2778	Arribas Sánchez P	A-1500
Arias Meneses C	A-1340, A-1911, P-1915, P-2481	Arribas Santiago C	A-2700, 0-1006
Arias Rosario A	A-2142, P-1008	Arriero Fernández N	0-784, P-1669, P-2357
Arilla Albas AM	A-1304, P-866	Arroyo Alejos F	A-1443
Arina Cordeu C	P-2152	Arroyo Pardo N	A-1191, P-2434, P-2779
Ariza Pascual R	0-648	Arroyo Rico I	A-1700, A-2382, A-2397
Arjona Burgos I	P-433	Arrufat Flores L	P-319
Arjona López I	A-1343, A-1847, A-1848, A-2206, P-849, P-1284, P-1650, P-1835, P-1850, P-1854, P-2190, P-2553, P-2675	Artero García A	A-684, P-316, P-317, P-338, P-343, P-2755
Arjona Soriano J	P-470, P-1201, P-1783	Artiguez Terrazas R	0-2785, P-602
Armas Castro J	0-95, 0-735	Arza Romero KG	A-2781, P-2399
Armenteros Cortés MG	A-1517	Arza Varo B	A-598, P-394
Armentia Bardeci JM	0-1216, P-1218	Asbert R	P-431
Armiñanzas Castillo C	A-71	Ascaso Martorell C	P-2077
Arnáiz Alija J	P-113	Ascaso Martorell MC	P-2775
Arnáiz de las Revillas F	P-2244	Asencio Aznar A	P-2264
Arnáiz García AM	P-400, P-401, P-1040	Asenjo M	0-372
		Asensi Ortiz G	P-1557



ÍNDICE DE AUTORES

Asensio García M	0-1006	Azcárate C	A-360
Asensio Villahoz P	P-1221	Azkuenaga Martín M	A-157, P-450
Asensio Villanueva V	A-2688, P-1496	Azkuenaga Martín ME	P-314
Asins García R	P-2684	Azmequeta V	P-1079
Askale N	A-1613	Aznar Andrés E	P-1996
Aso Manso S	A-1580	Aznar Bueno C	P-2648
Asturias Sáiz A	A-1163, A-2534, P-1142, P-1739, P-2162, P-2427, P-2432, P-2433, P-2761	Aznar Zamora C	A-1162, A-2416, P-1442, P-2384
Asuar Jurado E	P-2095	Aznavar Adelantado J	A-1295, A-1857, A-1955, P-828, P-829
Atienza Garrido I	A-1266, A-1282, A-1420, 0-2694, P-546, P-1421	Azofra Macarrón C	A-2654
Atienzar Herráez N	0-1417, P-847, P-2593,	Azpiroz Tuñón J	P-2672
Aubert C	A-1191, A-1726	Azuara Laguía MC	A-2292
Augusto Fernández M	0-983	Baamonde B	P-1483
Avellana Gallán M	0-1115, 0-1187, P-1148	Bacca Camacho S	P-395
Avellaneda Cortes J	A-2171, P-1023	Bada da Silva J	A-1195, P-2406, P-2536
Avellaneda Martínez C	A-2706, P-1028	Baena Fernández O	A-466
Ávila González J	A-2446	Baena Palomino P	P-1227
Ávila Fernández A	P-2167, P-2236	Báez Pimental V	A-2142, P-1008
Ávila Moreno R	0-961, P-963	Baeza Mirete M	P-452, P-2541
Ávila Naranjo MM	0-1465	Bailo Medina S	P-234
Avilés Hernández C	P-1599	Bajo Bajo A	0-2492, P-1405, P-1410, P-2493, P-2494
Avilés Jurado FX	0-806	Bajo Carrión P	P-409
Aviñoa Arias A	A-2523	Bajo Fernández C	A-2017, A-2019, P-2016, P-2054
Ayala Barroso I	0-893, 0-1099, P-890	Balaguer Catalán M	A-820, P-1258, P-1999
Ayala Gónzales GE	P-2755	Balboa Alonso M	A-1132, A-1710, A-2214, P-1557, P-2264
Ayela Barceló B	0-457	Baldeón Conde C	A-60, A-2620, P-1105
Ayestara Masó A	A-971, A-1861, P-973, P-2001	Baldeón Cuenca KP	P-1441
Ayo González M	P-430	Ballabriga Clavería J	P-234
Ayuso Aragonés MT	P-1453, P-2106, P-2124	Ballano Rodríguez-Solís J	A-2281
Ayuso García B	A-1042, P-593	Ballbé Pastor A	P-697
Ayuso Íñigo FJ	P-1981	Ballester Pérez A	P-2216
Ayuso Íñigo J	A-1962	Ballesteros Sanz MA	P-1400
Azagra Calero A	A-1163, P-1777, P-1785, P-2433	Balonga Tomás B	P-1404



ÍNDICE DE AUTORES

Balsera Garrido B	A-1313, P-1288, P-1312	Barquero Fernández JM	P-1210, P-1211, P-1264
Balsera Garrido MB	A-1314	Barquín Yagüez J	A-2140, P-2080, P-2216, P-2756
Bande Fernández JJ	P-5	Barragán Flores V	A-1876
Bañó Alba I	P-430	Barranqueras Coronas A	A-262
Bañuelos Peña P	P-113	Barranquero Infantes A	A-1455, P-1442
Bañuls Matoses A	0-1492	Barreira Díaz A	A-2362
Baquedano García S	P-1994	Barrenechea Barruetabeña O	P-2561
Baquerizo Vargas HG	0-1465	Barrera Ruiz MM	P-1634
Barata Cuenca EM	P-770	Barrero Muñoz V	A-1746, P-189
Barba Martín R	A-1866	Barrientos Castañeda A	A-2136
Barberá Salom M	P-2001	Barrio del Masegosa D	A-137, A-1107, A-2143, A-2285, A-2419, P-594, P-2323, P-2383
Barberá Gómez A	P-242	Barrios Barreto D	0-1250
Barbero Barbero P	A-589, A-1013, P-588, P-1704, P-1721, P-1733, P-1998, P-2326	Barros González R	P-173, P-174, P-671
Barbero Bordallo N	P-2122	Barroso Caballero Y	A-1443, A-456
Barbero Herranz E	0-1250	Barroso Hernández S	P-984
Barbolla García JA	P-977	Bartolomé Martínez MJ	0-184, P-638
Barbosa Requena R	A-1042	Bartolomé Navarro MT	A-106, A-552, P-107
Barbudo Merino J	A-2144	Bas Gonzalo M	A-2638
Barceló Martí B	0-2463	Basagoiti Carreño B	P-1680
Barcelona Tambo T	P-187, P-189, P-351	Basco Pardo L	P-278
Bárcena Caamaño M	P-1703	Bastante Romero M	A-2214
Barcia de Vicente C	A-172, A-191, A-192, A-195, A-2455, P-660	Basterretxea Bengoetxea L	A-462
Barcones Molero MF	0-1115, 0-1187, P-1148	Bastida Sánchez J	P-875
Bardají A	0-806	Batalla Sardá A	A-632, P-232, P-2787
Bardes Robles I	0-1423, P-340, P-341, P-404, P-1280, P-1346,	Bataller de la Cruz P	A-844, P-846
Barea Aleixandre J	A-2288, P-2280, P-2495	Batista Cruzado J	A-1695, P-117
Barea Mañas J	P-628	Batista Pardo S	A-285, A-490, A-2542, P-480, P-706, P-800
Barneto Valero C	0-184, 0-609, 0-676, 0-739, 0-751	Batista Pardo SA	0-701, 0-718
Barneto Valero MC	0-648, 0-675, 0-2687	Batlle Pérez M	P-1932
Baró Martín R	P-585	Baudoin García A	P-168, P-2547
Baron Benítez D	A-1283, A-2470	Baurre Pardo A	A-2780, A-2781, P-2399
		Bausela Municio L	P-375



ÍNDICE DE AUTORES

Bayón Bartolomé C	A-2637	Belzunegui Otano T	P-361, P-2560
Baztarrika Lizarralde E	P-776	Benavent Company T	P-1505
Bea Olabarría A	P-524	Benavent Giménez E	A-2398, 0-761, 0-763
Becares Cartón A	P-1156, P-1716	Benavent Ordiñana F	P-796
Becerra Mayor MM	A-1916, P-1341	Benavente Gajate L	A-2008, P-1156, P-2574
Becerra Mayor V	A-1916, P-1341	Benedé Ubieta P	A-490, A-2542, 0-718, P-2552
Bedad Aali S	A-2262, P-577, P-2200, P-2267	Benere Echeverría S	A-1876
Beddar Chaib F	A-1541, A-2223, A-2282, 0-1579, 0-2186, P-1033, P-1328, P-1549, P-2164, P-2187, P-2705	Benet Travé J	0-382
Bedeschi Bedeschi E	P-825	Beneyto de Arana M	0-979, P-532
Bedmar Marchant A	P-386	Beneyto Ripoll C	A-1300, A-1954
Begoña Fernández T	A-1572, A-2194, A-2272, P-1653, P-2358	Benítez Díaz E	P-2091
Behzadi Koochani N	P-1990	Benítez Jiménez L	P-2160
Beitia Goenaga I	A-157, P-167, P-314, P-331	Benítez Moreno MP	A-1290, A-2499, P-40
Béjar Álvarez Y	A-1454, P-52, P-734, P-1214, P-1323, P-1995	Benítez Moreno P	A-1878
Bejarano Redondo G	0-296, P-294, P-1382, P-2106	Benítez Muñoz L	A-1162, A-1166, A-2416, P-2384
Bejarano Rivera N	A-1620, P-1092, P-1494, P-2423	Benítez Robles C	A-1335
Belinchón de Diego E	P-753	Benítez Samuel N	A-1181, A-1621, A-2734, P-1555, P-2519, P-2714, P-2715
Bellido Alba R	P-2583, P-2587, P-2589	Benito García MA	P-516
Bellido Pastrana E	A-2482, A-2668, P-1467, P-1478	Benito López M	A-2780
Bellon Vallinot S	A-1192, A-2284, P-1037, P-1660	Benito Lozano M	0-928, P-419
Bellón Villanot S	0-1631	Benito Ruiz B	A-553, A-1294, A-1826, P-423
Belmar Vega L	A-1195, P-2406, P-2536	Benito Ruiz E	A-553
Belmonte Cuenca C	P-1364, P-1366	Benito Vales S	P-408, P-1682
Belmonte Sánchez MD	P-439	Benjumea Fernández F	A-2542, 0-718, P-480, P-2552
Beltrán Soria C	A-1300	Benlliure de la Fuente V	A-2279
Beltrán Rodríguez N	P-346	Bennici Gámez MJ	P-752
Beltrán Rubio I	A-1488, P-1321, P-1918, P-1921	Bentacourt Martínez P	A-1613
Beltrán Sánchez A	A-1427, 0-1417, P-1306, P-2025, P-2593, P-2807	Beramendi Garciandía F	A-709, P-1499, P-2437
Beltrán Vilagrasa C	P-352	Berdún González E	0-964
		Bergaz Díez H	A-2360, A-2409, P-2258, P-2319
		Berlanga González JL	P-1256, P-1833, P-2578
		Berlango Jiménez A	A-2144



ÍNDICE DE AUTORES

Bermejo Boixareu C	0-485	Biedma Martín L	A-1297
Bermejo Buenestado T	P-464	Bigorra Espejo A	P-145, P-146, P-147
Bermejo Marcos E	P-2569	Bilbao Gómez-Martino C	P-378
Bermejo Olano MM	A-1192, A-2284, P-1634, P-1660 P-2334	Blanca Segura M	A-1270, A-1359, A-855, A-901, A-912, P-1351, P-1890, P-2600, P-843
Bermúdez Hernández C	P-28, P-1226, P-1471	Blanco Anguís M	P-1776
Bermúdez Hernández MC	P-1845, P-2127, P-2592	Blanco Barnecilla T	A-993
Bermúdez González S	P-803, P-804, P-2611	Blanco Basilio E	P-1698, P-2260, P-2385
Bermúdez Jiménez R	P-929	Blanco García A	A-2229, A-2738, P-132, P-1126, P-1646, P-1675, P-1722, P-2235, P-2244, P-2337, P-2376, P-2520
Bermúdez Martí P	A-1163, A-2388, A-2534, P-2432, P-2778	Blanco Hernández N	A-1620, P-1092, P-2423
Bermúdez Smith A	P-1828	Blanco Lara MP	P-1678, P-2356
Bermúdez Fábian B	P-770	Blanco Magdaleno MM	A-1344, A-1945, A-1946, A-1949, P-1260, P-1917, P-1922
Bernabéu Torregrosa T	A-1063, A-1127, A-1648, P-1119, P-1829, P-2336	Blanco Márquez E	P-1319
Bernad Barcos M	P-801, P-1237, P-1263, P-1367	Blanco Mata R	P-1017
Bernal Beltra MA	P-2530	Blanco Palomo CM	A-315
Bernal Hinojosa MA	A-2141, A-2271, P-1134, P-1183, P-2261, P-2266, P-2512	Blanco Pérez W	P-11, P-116, P-1794
Bernal Martín A	0-982	Blanco Polanco B	P-1048
Bernal Miguel F	A-2655, P-1783	Blanco Portillo A	0-1631, P-2230, P-2517
Bernárdez Gómez X	P-278	Blanco Ramos T	P-572
Bernardino Cuesta B	0-609, P-453, P-610, P-611	Blanco Sio S	P-2649
Bernardo Fernández S	A-2073, A-2075	Blanes García R	A-1536, A-2279, P-1537
Berned Sabater MM	A-1357, A-2000, P-970, P-1997	Blasco Esquivias I	A-1928, 0-1474, 0-1475, P-1450
Bernuz Rubert M	A-2184, P-1588, P-1589, P-2163, P-2224, P-2722	Blasco Iborra L	P-1364, P-1411
Berrade Flamarique N	P-39	Blasco Pérez A	A-1344, A-1949, P-1917, P-1922
Berrosapi Melgarejo JM	P-942, P-943	Blázquez Alcázar JD	A-2208, A-2392, P-2205, P-2394, P-2725
Betelu Corcuera J	P-258	Blázquez Andion M	P-1217
Beteta Moya J	A-1983, A-2483, P-416, P-934, P-1414, P-2045, P-2063	Blázquez Díez JL	P-15
Bibiano Guillén C	A-2, A-34, A-73, A-142, A-1054, A-1056, A-1286, A-1574, A-1575, A-1617, P-19, P-32, P-33, P-59, P-570, P-571, P-1055, P-1223, P-1241, P-1564, P-1771, P-1787, P-1799, P-2241, P-2555, P-2750, P-2751	Blázquez González L	A-1193, P-2347, P-2365, P-2436
		Blesa Clavero E	A-2542
		Boada Senciales F	A-1396
		Bocanegra Pérez A	P-177, P-729



ÍNDICE DE AUTORES

Boksan M	A-1362, P-20, P-1196, P-1441, P-1681, P-2709	Boullosa Pérez I	A-1619, A-2278
Bolado Jiménez C	0-500, 0-501, P-499, P-1260, P-1922	Bové Farré I	0-2550
Bolaño Pérez C	P-1221	Boveda M	A-1098
Bolumburu Aguirre E	P-2533	Bracero Jiménez A	P-177, P-729
Bonaiuto V	A-2043	Bragado Beñarán I	P-331
Bonasa Alzuria E	P-1068	Bragulat Baur E	0-372, 0-883, 0-885
Boned Galán AC	P-175	Branchat Martínez I	P-666, P-717
Bonifacio Martín M	A-2768	Branchina Núñez A	P-1185
Bonilla Alonso FJ	A-1498, A-1516	Braña Cardeñosa AF	P-794, P-1229, P-1779, P-2491
Bonilla Díez D	P-1534	Brau Queralt D	P-1530, P-2148, P-2702
Bonora López VJ	P-2684	Braun Saro B	P-570, P-571
Boqué Oliva C	P-2691	Bravo Acosta T	P-2468
Borge MM	A-1619	Bravo Rodríguez-Barbero J	0-703, 0-715
Borja Díez M	A-821	Bravo Tejedor I	A-632, P-2787
Borja Padilla J	0-744, 0-745, P-2671	Brea García R	0-631
Borne Jerez S	A-859, P-49	Breña Casco F	P-585, P-1680
Borobio Martínez D	P-207, P-366, P-2462	Bretón Arranz ML	P-51, P-53
Borrás Beato R	0-384	Breysse AS	P-967
Borrás Beltrán M	P-2661	Briega Iglesias C	A-1454, P-734, P-1214, P-1323, P-1995, P-2047
Borrás Bermejo M	A-971, A-1861	Briega Molina M	A-44, A-2035, P-16, P-2531
Borraz Espejo B	A-1560, P-2582	Bringas García MJ	0-2492, P-1405
Borrego Hernando MI	P-378	Briones Monteagudo F	A-1372, A-1713
Borregón Rivilla M	A-1060, A-1572, P-1051, P-1558, P-2201, P-2349, P-2350	Briones Traves A	A-851, A-852, P-403
Borrella Romero A	A-632, P-232, P-2787	Brito Brito PR	P-414
Borrueal Aznárez MC	A-1625, A-2294	Brito Vélez T	P-1654
Borrueal Nacenta S	P-535, P-1830	Brizzi B	P-1079
Bosa Santana M	0-893, 0-1099,	Brosed Yuste C	P-423
Boscá Crespo AR	P-1502	Brouzet B	0-1582, P-10, P-2710, P-2805
Bosh Sendra F	0-624	Bru Macià MT	A-1710, 0-440, P-2577
Bosque Toribio J	0-644	Brugué Fontàs G	P-1242
Bote Gascón M	P-561, P-559	Bueicheku Agredano JV	P-1460
Botello Lozano J	P-464	Buendía López D	P-2745



ÍNDICE DE AUTORES

Bueno Álvarez AJ	A-35, P-2522	Cabanelas Barranco A	P-1654
Bueno Claros D	P-584	Cabanillas Manchón I	O-329, P-1754
Bueno Mariscal C	A-75, A-78, A-82, P-870	Cabello Molina A	P-1199
Bueno Mariscal CR	A-1992, O-508	Cabello Romero A	P-2532
Bueno Pozo I	P-479	Cabezas Amurgos A	A-102, A-1512, A-2136, P-1345, P-2674
Bueno Rodríguez A	A-354	Cabezas Jiménez J	A-2633
Buform Galiana A	A-989, A-2133, P-2009, P-2010	Cabezón Crespo A	A-1498, A-1516
Buform Jiménez M	A-989, A-1511, A-1742, A-2133	Cabezudo Molleda G	A-2700
Buisac Ramón C	A-534	Cabezudo Molleda L	A-2700, O-1006, P-138
Buitrago Ortiz V	P-1680	Cabezuelo Barber MT	A-556
Bulilete O	P-1320	Cabistany Esque AC	A-534, A-1375, P-99, P-1413, P-1515, P-1986, P-2343,
Burgos Castro B	P-663	Cabo López A	A-989, A-1511, A-1742, A-2133, A-2699,
Burgos Marín J	A-2144, O-957	Cabrejas Ugartondo J	P-2148
Burillo-Putze G	P-346, P-414, P-419	Cabrera Díaz AB	A-2676
Burrahay Anano Hach-Dris K	A-2655, P-1783	Cabrera Fernández B	P-583, P-1611, P-2746
Burzaco Sánchez A	P-1355, P-1415	Cabrera Martínez H	A-137, A-1107, A-2143, A-2285, A-2419, P-594, P-2323, P-2383
Busca Ostolaza P	A-407	Cabrera Martínez M	P-494, P-1824, P-2467
Bustamante Araujo MA	P-1397	Cabrerizo Egea MJ	A-1844, A-2598
Bustamante Mandrion J	O-50, P-57, P-999,	Cáceres Zúñiga PR	A-1155
Bustamante Marcos P	A-2638, P-788	Cáceres E	P-1255
Bustamante Odriozola J	A-1163, A-2209, A-2388	Cacharro Moras LM	A-2008
Bustamante Rodríguez E	P-1124, P-1520	Cadenas Caba E	P-1557
Bustamante Sánchez G	A-1876	Cahero Fernández R	P-1883
Bustos Guadaño F	P-2460	Calatrava Gallardo V	P-1699
Bustos Plaza ME	P-977	Calatrava Gallardo VM	P-597
C R R	P-520	Calatrava Sánchez J	A-713, P-381
C T A	P-896	Calderón Pérez E	A-1132, A-2214, P-1885, P-2264
C T T	P-520	Caldevilla Bernardo D	A-2606, P-1804, P-1805, P-2575
Caballero Álvarez MJ	A-1671, P-66	Caldevilla Bernardo E	O-244, O-425
Caballero García A	O-1823, P-376, P-2139	Calero del Arco I	A-738, P-771
Caballero Requejo C	O-434	Calero Olmo C	A-1270, P-843
Caballero Soto ML	P-1932		
Caballo Trebol FJ	O-928, P-1827		



ÍNDICE DE AUTORES

Calero Paniagua I	P-111	Campo Alegría L	A-1789
Callado Moro FJ	A-1498, A-1516, P-1796	Campo Jiménez A	A-556, A-2184, P-1588, P-1589, P-2163, P-2224, P-2722
Calle Domínguez C	A-632, P-232, P-2787	Campo Linares R	0-120, P-122, P-131
Calleja Arribas B	0-1426, 0-1469	Campos R	P-2569
Calleja Nahón E	A-1700	Campos Caubet L	A-1518, A-2654, P-369, P-370, P-1105
Callejas Montoya MA	A-106, A-2701, P-791, P-1219, P-1766, P-2564	Campos Escudero S	P-593
Callejo Hurtado V	A-2255, A-2366, P-1186, P-1590, P-2395, P-2762	Campos Ferrer C	P-31
Callero Duarte L	A-1016	Campos Gracia MC	P-364
Calonge Loro P	P-197, P-353	Campos Olivé N	P-1806, P-1477, P-2098
Calonge Sabatés M	P-1654	Campos Robles I	A-262
Calpe Perarnau X	0-2508	Camprodon Gómez M	0-2488, P-1074
Calvo Alba M	P-1205, P-1207	Campuzano Juárez IK	A-135, P-2810
Calvo Alegría S	A-141, A-2445, P-136	Canadell Cuadrado LI	P-168, P-169, P-170, P-2547
Calvo Gil C	P-754	Canal Sordo L	A-2073, A-2075, P-1447, P-2670, P-966
Calvo Hernández MV	P-2494	Canales Velis N	A-1396
Calvo Porqueras B	P-51, P-53	Canchaya Iglesias L	A-1838, P-2159, P-2160
Calvo Rodríguez R	P-2037	Cancio Fanlo M	0-982
Calvo Sánchez I	A-1274, A-1838, P-1843	Candel Fábregas J	P-1456
Calvo C	A-1015	Canellas Sánchez P	A-1304
Camacho Genovés F	P-1706	Canencia Hernández C	P-451, P-651
Camacho Rodríguez A	A-1701	Canes Niubo M	P-1062
Camaño Mesa A	P-2125	Caniego Rodrigo C	0-158, 0-690
Cámara Coronado N	A-199, A-354	Cano Alcalde L	A-1484, P-1223, P-1462, P-1771, P-1787, P-2555, P-2750, P-2751
Camargo Espitia D	A-301, P-1461, P-2074	Cano Bernal CM	A-1193, P-1599, P-2347, P-2365, P-2390, P-2431, P-2436
Camba Matos S	P-1153, P-1685, P-1686, P-2428	Cano Cabo E	
Cambronero de Andrés P	0-609, P-610, P-611, P-645	Cano Cabo EM	A-1123, A-1189, A-1624, A-2454, A-2782, 0-964, 0-1019, 0-1426, 0-1469, P-398, P-997 P-1591, P-1655, P-1674, P-1676, P-2777, A-2792
Camero Macías JM	A-1029, A-1246, P-2154	Cano Fernández JA	P-144, P-145
Camino Acha JT	P-2674	Cano Gabriel J	0-309, P-307
Camón Iglesias F	A-821, P-1249		
Camón S	P-1376		
Campa Soberanes RH	P-2333		
Campillo Palma F	A-1193, P-1599, P-1599		



ÍNDICE DE AUTORES

Cano Gala C	A-2044	Capote Galindo A	P-479
Cano García J	A-1511, A-1742, A-2135, A-2271, A-2699, P-1134, P-1183, P-2082, P-2261, P-2266	Cara Ligerio C	A-458, A-1870, A-2137, A-2586, P-484, P-808, P-1273, P-2527
Cano Izquierdo L	P-2702	Carabajo Gambarroti E	P-300
Cano Martínez M	P-1458, P-2070	Carbajo Martín L	P-1772
Cano Massa J	P-693	Carbajosa Dalmau J	A-1146
Cano Sánchez M	P-237	Carbajosa Rodríguez V	A-2297, P-736, P-2002
Cánovas Sánchez J	P-473, P-1757	Carballo Cardona C	A-2322, O-427, P-294, P-432, P-1382, P-1453, P-2106, P-2124
Cánovas Sánchez MP	A-1694, A-2381, A-2408, P-127, P-1661, P-1662, P-1691, P-2377, P-2380, P-2387	Carballo Vigil-Escalera X	P-2791
Cantera López C	O-924	Carballosa Fernández AL	O-620
Cantero Gómez X	P-1184	Carbonell Soriano M	P-2807
Cantero Sandoval A	A-1343, A-2457, P-849, P-1284, P-1854, P-1980, P-2553	Carbonell Torregrosa MA	A-1300, A-1954
Cantín Golet A	P-1093	Carbonell Vaya R	P-831, P-877, P-1256, P-1259, P-1829, P-1833, P-2578
Canto Blázquez V	A-1962, A-2689, P-1981, P-2461, P-2597	Carbonell Vita M	P-340, P-347
Cañada Cámara E	P-2263	Cárdaba García I	O-2785, P-602
Cañadas Godoy V	P-999	Cárdaba García RM	O-2785, P-164, P-38, P-602
Cañal Suárez C	P-2088	Cárdenas M	A-1295
Cañamares Aranda MS	A-1600, A-1658, P-1603, P-1614	Cárdenas Antón M	A-1955, P-1292, P-1820, P-1884
Cañete Rodríguez GM	A-1270, P-843	Cárdenas Bravo LE	P-942, P-943, P-2627
Cañizares Romero JM	A-1097, P-576, P-1094, P-1122, P-1604, P-1606, P-2731	Cárdenas Isasi MJ	P-2185
Cañizo Canto J	A-1484, P-570, P-571, P-1223, P-1771, P-1787, P-2555	Cárdenas Patiño A	P-2400
Cañón Díaz F	A-102, P-2674	Cardeña Gutiérrez A	A-2718
Capdevila Aguilera C	P-404	Cardeñosa Cortés MJ	A-93, A-1541, A-2282, O-1605, P-837, P-1033, P-2164, P-2187, P-2705, A-2223
Capdevila Olivas M	P-319, P-662	Cardona Botella M	P-2710
Capellades i Llopart J	A-29, A-1563, P-1057	Cardona García E	A-2443, P-367, P-702, P-1131,
Capellades J	A-1102	Carlavilla Martínez A	P-2056
Capilla Pueyo R	A-2090, P-998, P-1466	Carlavilla Martínez AB	A-911, P-1468
Capilla Pueyo RM	O-485	Carles García P	A-2198, P-1598
Capilla Valverde L	A-2023	Carlos González MP	A-2339, P-1656, P-2244
		Carlos González P	A-1563, A-2195
		Carmona Fortes RM	O-2550



ÍNDICE DE AUTORES

Caro Cabello AI	A-1840, A-1849, A-1862, P-1251, P-1253, P-1834	Carrión Domínguez M	A-1297, A-1868
Caro Vázquez E	A-488, A-1500, A-1510, A-2131, A-2699, P-959, P-1502, P-2115, P-2125, P-2512	Carrión Fernández M	P-1879, P-1924
Carpintero Costa C	A-489	Carrión Pleguezuelos B	0-215, P-248, P-664
Carpio Escalona L	P-2468	Carrión Serrano N	P-1917
Carrajo García L	P-391, P-442	Carro García V	P-533
Carramiñana López E	0-58, P-872, P-976	Carro Herrero D	A-1060, A-2289, A-2392, P-1051, P-1558, P-1586, P-2157, P-2158, P-2349, P-2350, P-2394
Carrasco Fernández E	A-70	Carro Presedo M	A-2275
Carrasco Gómez M	A-2580	Carvajal Lucerga C	A-1622
Carrasco Rueda MA	A-656	Carvalho Brugger S	A-1313
Carrasco Vidoz CC	A-1484, P-19, P-1241	Casa Sepúlveda R	A-2194
Carrasco Yubero J	0-676	Casabona Martínez I	P-320, P-334
Carratalá Perales JM	0-1582, P-2805	Casadevall Castella J	P-687
Carratalá Ballesta A	A-8, A-1146, P-2093, P-2192, P-2710, P-2712	Casado MI	0-1605
Carreño Aroca E	A-1354, A-1950, A-2678, P-2083	Casado Buigues J	P-2093
Carreño Tormo P	P-1014, P-1196, P-1196, P-1681	Casado Flores M	P-999
Carrera Marín P	A-707, P-661	Casado Flórez MI	0-158, 0-739, P-728, P-977
Carrera Martín P	P-700	Casado Muñiz M	A-75, A-1761, P-68
Carrera Ortiz JM	P-584	Casado Ramón B	A-534, P-1520
Carrera Romero L	A-755, A-1171, P-1172	Casado Remesal R	A-1433, P-2574
Carreres Molas A	A-1626	Casado Vicente V	0-263, 0-686, 0-726, P-721
Carretero Pérez M	P-469	Casal Calvo A	A-2534, P-1142, P-1656, P-1739, P-2427, P-2432, P-2433, P-2522, P-2761
Carril Campa E	P-2747	Casal Codesido JR	A-1813
Carrillo Amores E	A-203	Casamitjana Farré M	P-324, P-2511,
Carrillo Burgos MJ	P-1284, P-2675	Casanova Ferrando A	P-138
Carrillo Chimbo CA	A-1363, A-1910, A-1912, A-2132, P-1501, P-1915, P-2481, P-2673	Casanova-Lanchipa JO	A-2272
Carrillo Fernández Paredes P	P-67, P-942, P-943, P-2627,	Casanueva Gutiérrez M	0-562, P-587, P-1440, P-2050
Carrillo López M	P-942, P-943	Casarramona Lobera F	A-555, P-395, P-1643
Carrillo Rivas M	P-288	Casarrubios Elez S	P-1653, P-1653, P-2535, P-2243, P-2358
Carrillo Ruiz E	0-244	Casas García I	0-1562
Carrión Ballardo CJ	P-2778	Casas Resino C	A-1929
		Casas Sepúlveda R	A-1101, A-2196, P-1077



ÍNDICE DE AUTORES

Casas Temprano A	0-751, P-668, P-669,	Castillo Paramio X	P-241, P-319, P-662
Cascales Sánchez M	A-1847, A-1848, A-2206, P-1650, P-1835, P-1850, P-2190, P-2404	Castillo Paredes M	P-48, P-49
Cascao Moutinho-Pereira C	P-2743	Castillo Rubio R	A-918, A-1395
Cases Corona C	A-2303, P-2517	Castillo Ruiz de Apodaca MC	0-643, 0-658, P-1756, P-1932, P-2548
Caset Vicente M	P-180	Castillo Serrano JA	A-1713
Casillas Viera Y	P-789, P-790	Castillo Wisman MA	P-122, P-131
Castán Lagrava M	A-601	Castiñeira Estévez A	A-79
Castañeda Pérez Crespo A	A-2373, P-2371	Castro Ardura B	P-7, P-792
Castaño Flecha S	A-2136	Castro Arias L	A-1937, P-1468, P-1977, P-2459
Castaño García FH	A-2540	Castro Arias ML	P-535, P-1831, P-2076
Castaño Torrijos B	P-2764	Castro Cobos PM	P-433
Castejón de la Encina ME	A-269	Castro Delgado R	A-685, A-746, 0-716, P-2456
Castejón Hernández S	A-1620, P-1092, P-2423	Castro Fernández C	A-904, A-1353, A-1931
Castell Benito D	A-960, A-1880, P-1859, P-2091, P-2461, P-2597, P-2663	Castro Giménez JA	0-957, 0-958, P-2037
Castell Jimeno C	0-784, P-1669, P-2357	Castro González S	A-47
Castellano Zamora C	A-2273	Castro Jiménez V	A-1962, P-1981
Castellanos Candalija A	P-1453	Castro Martínez R	P-330, P-389
Castellanos Flórez R	P-1048, P-2338, P-2693	Castro Neira M	P-1499, P-2437
Castellanos Muñoz FL	P-633, P-672, P-698	Castro Pérez C	A-2651, P-2652
Castellanos Muñoz M	0-609, 0-617, P-453, P-610, P-611, P-633, P-645, P-672, P-698	Castro Rebollo P	P-2533
Castello Gil MG	P-319	Castro Reyes L	P-2459, P-937
Castelló Cobos C	A-260	Castro Vega AM	P-220
Castelló García D	A-503, A-863, A-2066, P-949	Castro Villamor MA	0-263, 0-686, 0-726, P-721
Castells Ayusó P	P-213	Catalá Rodríguez P	P-320
Castillo Álvarez F	A-916	Catalán Ladrón M	A-2749, P-123, P-986, P-2335,
Castillo Biscari N	A-2771	Caudevilla Martínez MA	P-1205, P-1207
Castillo Espinosa E	P-2159	Causa Cantenys L	A-681, P-201
Castillo Jiménez P	A-539, P-507, P-1573, P-2114, P-2265, P-2501	Cazorla Méndez MA	A-2688, P-988, P-1496, P-2006
Castillo Marín R	P-2611	Cazorla Rueda MA	A-887, P-2622
Castillo Maza C	P-593	Cea Soria VM	P-66
Castillo Morcillo A	P-834, P-1219, P-1827	Ceballos García P	P-27
		Cebamano Marín JA	A-2625



ÍNDICE DE AUTORES

Cebrián Ruiz I	A-112, P-987	Chaves Serantes N	P-2428
Cela Alcaraz C	A-952, P-2069	Chávez Ríos MJ	A-1344
Cela Galván J	0-2796, P-2794	Chehayeb Morán J	A-96, A-98, A-141, A-1519, 0-120, P-136, P-1473,
Celada Cajal F	0-688	Chen Chen FF	A-34, A-1574, P-32, P-33, P-59, P-1055, P-2241, P-2750, P-2751
Celada Roldán C	P-591 P-1601, P-1677, P-2263, P-2773	Cherino Talens A	A-1395, P-973, P-2650
Celorrio San Miguel M	A-96, A-98, A-1519, A-2647, P-1473, P-1729,	Cheyaheb Morán J	A-1744, P-1729, P-1734
Cenfor Martín R	A-1189, A-2782, 0-304, 0-1114, P-997 P-1483, P-1526, P-1674, P-2777	Chichón Sánchez M	A-1192, A-2284, P-1637, P-1660
Centelles Crego MA	P-469	Chinchilla Palomares E	A-2595, P-2589, P-2594
Centeno Velasco A	P-2216, P-2756	Chisholm Sánchez PA	0-290, 0-291
Cepeda Blanco JL	A-1100, A-2339, P-757, P-1656, P-1739, P-2152, P-2427, P-2432, P-2433, P-2721	Chisvert Mateu MV	P-1047, P-1647
Cerdán Carbonero M	P-1471, P-1472, P-2117	Chozas Serrano A	0-675
Cerdeira Varela JC	0-355	Chuchon Alva AM	A-137, A-589, A-1107, A-1576, A-2285, A-2419, P-121, P-588, P-594, P-1476, P-1704, P-1721, P-1733, P-1998, P-2383, P-2323
Cereceda Sánchez FJ	P-350	Chueca San Anselmo V	A-2781
Ceresuela Llobera A	P-1682	Chumillas Lidon R	A-2292
Cerezo Navarro MV	P-1611	Chumpitaz Capcha V	A-1944, P-533, P-1258, P-1306, P-1999,
Cerezo Serrano N	P-2545, P-2546	Ciardo P	A-1083, A-2196, A-2249, P-1077, P-2358, P-2535
Cernuda Martínez YM	0-1356	Cid Cumplido M	P-281
Cerrilo García I	P-2060	Cieza Rivera A	P-2563
Cervera Monteagudo B	0-888, P-886	Cifuentes García L	A-1063, A-1127, A-1648, P-877, P-1119, P-1259, P-1829, P-2336,
Cervera Padrell P	P-1588	Cildoz M	A-360
Cervera Sáez D	P-2025	Cillero Rodríguez MM	P-2562
Cervienka M	A-1195	Cinesi Gómez C	0-2798
Céspedes Suzuki EY	P-1355, P-1415	Cinta Bella B	A-2194, A-2196, A-2328, P-1077
Cestafe Aja E	A-2625	Cintado Sillero MC	A-548, A-989
Chamali Pino A	A-43, P-572, P-2226, P-2774,	Ciocea AM	P-1998, P-2323
Chaparro Pardo D	A-93, 0-50, 0-1605, P-51, P-53, P-54, P-56, P-57, P-837, P-1053, P-1079, P-2164, P-2705	Cirera Lorenzo I	P-2507
Charro Alonso S	A-2287, 0-562	Cirilo Lozano M	0-636
Chato Mahamud A	P-197, P-353	Civit Oró C	P-518
Chaveli Serna R	A-2146, 0-761, P-2766	Clar Bononad J	A-1098, A-2270, P-1032



ÍNDICE DE AUTORES

Clarasó Ruifernández G	P-712	Colomer López M	P-697
Clavel Ruipérez FG	0-868, 0-900	Colomo Gil C	A-2635, P-2621, P-2623
Clavero Olmos M	A-1560, P-55	Colt Sulfineau L	P-364
Clemente C	0-2508, P-1204	Colt CL	P-185
Clemente Callejo C	0-1605, P-837, P-1053, P-1553	Comabella Pobes R	P-341, P-341, P-347
Clemente Millán MJ	A-2144, 0-957, 0-958	Comas Díaz B	P-487
Clemente Murcia M	P-937, P-2448, P-2459	Comas Díaz D	P-1803
Clemente Yélamos M	A-910, A-931, A-1939, P-2683	Comerón Limbourg I	P-1643
Climent Pons P	P-1610	Comes Villanueva G	A-1200
Cobanera Echebarría B	P-1415	Comet Bernad M	P-2775
Cobelo López M	P-2513	Comino García A	A-72
Cobo ME	0-94	Compes Luque J	0-309, P-307
Cobo Barquín JC	A-1123, P-2325	Concha Jarava JM	P-1542
Cobo García E	A-71, A-1041, A-1407, P-401, P-1318, P-2067, P-2068, P-2761	Concha Mayayo E	P-1068
Cobo Mora J	0-427, 0-429, P-1382, P-1453, P-2106, P-2124	Conde Caverro SJ	A-1736
Cobo Muñoz JE	P-1414, P-1503	Conde Hernández P	P-2594
Cobos Briz M	A-785, P-809, P-1230	Conde Melgar M	A-2677, P-2664, P-2666
Cobos Requena A	P-1542	Condon Abanto A	A-1357, P-970, P-1997, A-2000
Coca Gonzales CP	P-2466	Conejero Delltel A	P-892, P-894, A-1369, P-1914, P-2702
Coco Carrascal MT	A-1578, P-1079	Conejero Díaz MA	P-929
Codorniú Pérez C	A-678, A-679	Conejos Lozano A	P-210
Cogollos Garrigues A	P-1610	Conesa Carrascosa M	P-2763
Cogollos Redolat P	P-412	Conesa Espejo MJ	P-1196, P-1196, P-1681
Colás Oros CE	A-2292	Conesa Guillén A	A-1531, P-1530, P-2149, P-2150, P-2703
Colera López A	A-1198, A-2540	Contento Gonzalo A	A-1916, P-1341
Colina Torralva J	P-278	Contreras Delgado KA	P-1205, P-1207
Coll Hernández M	P-583, P-1611, P-2746	Contreras Morillo MA	P-502
Coll Torres E	0-714, P-708	Corbacho Cambero I	A-1982, A-2044, A-2647, P-104, P-1252, P-1435, P-1846, P-2450, P-2498, P-2510, P-2808
Coll-Vinent Puig B	0-806, 0-917	Corbatón Anchuelo A	P-559
Collada de la Fuente E	P-2576	Corbi Pino B	A-472, A-1198, P-1747, P-2543
Collado Álvarez JI	A-1192, A-2284, P-1634, P-1660, P-2334	Corbí Sierra AM	A-773
Coloma Mancebo FJ	P-390, P-393		



ÍNDICE DE AUTORES

Córcoles Vergara M	0-1159, 0-1160, 0-1165, P-996, P-1150, P-1158, P-1170, P-1178, P-1180,	Cortés Gómez MJ	P-222, P-243, P-1748, P-1749, P-1750, P-1751, P-1752, P-1753
Cordero Carnicero P	P-665	Cortijo S	P-1347
Cordero Cervantes M	A-1189, A-1624, A-1625, A-2782, 0-1426, 0-1469, P-1655, P-2777	Cortina Martínez I	P-7
Cordero Moreno A	A-1097, P-576, P-1094, P-1122, P-1604, P-1606, P-2731,	Cortiñas Jurado SV	A-2540
Córdoba Alonso A	A-1407, P-1318	Cortón Corral L	P-15
Córdoba Ruiz F	0-2508	Corugedo Ovies C	A-1123, P-398, P-1416, P-1655, P-1663, P-1664, P-1674, P-1676, P-2325
Cordón Dorado I		Costa Alba P	A-496, A-1853, 0-384, 0-385, P-497, P-531, P-921
Cordón Bueno C	P-324	Costa Martínez B	A-2373, P-2371
Cordón Dorado I	A-137, A-1107, A-2143, A-2210, A-2285, A-2419, A-2717, P-594, P-2323, P-2326, P-2383	Costa Martínez BE	A-1694, A-2381, A-2408, A-2421, P-127, P-1691, P-1718, P-2377, P-2380, P-2387, P-2426, P-2430
Córdova Irusta T	P-1068	Costa S	0-2550
Córdova Infantes L	P-2192, P-2712	Cota Consuegra JA	A-1270, P-843
Cordovilla Moreno A	A-1362, A-1479	Cota Medina JJ	P-1768
Cordovilla Moreno AM	A-904, A-1353, A-1931	Cotrino García FJ	P-350
Cornago Redrado J	P-2763	Cózar López G	P-163
Cornejo López M	P-2756	Cramp Vinaixa M	P-1997
Corona de la Puerta J	A-1488	Crespo Giménez A	P-2403, P-980
Coronado Colera A	0-764	Crespo González D	P-625
Corpeño Monge ER	0-290, 0-291	Crespo Hualde E	A-1518
Corral Noguera AB	0-722	Crespo Hualde E	A-2654
Corral Sánchez A	0-703, 0-715	Crespo Martínez A	P-938
Corral Torres E	0-309, 0-690, 0-739, P-307, P-728, P-977, P-999	Crespo Martínez AI	A-2008, P-1795, P-2626
Corrales Álvarez I	A-1097, A-2274, P-576, P-1094, P-1122, P-1604, P-1606,	Crespo Martínez AM	P-2626
Correa Bonito A	P-2569	Crespo Martínez C	A-2630, P-938, P-2626
Corredor Rodenas MT	A-315, P-826	Crespo Moreno A	A-253
Corres González J	A-2140, 0-1250, 0-94, P-31	Crespo Palau C	A-489, P-521
Corros Vicente C	P-5	Crespo Velasco PCV	0-751
Cortázar González A	P-464	Crisan A	A-1933, P-2359
Cortés Gómez MJ	P-420	Cristofol Allue R	A-555
Cortés Fadrique C	A-224, A-226, P-223, P-225	Cruz Diek C	P-1786
		Cruz Grullón M	P-1092, P-2423



ÍNDICE DE AUTORES

Cruz López AM	A-2292	Cuervo Pinto R	P-57, P-837
Cruz Ramírez LM	P-834, P-1827	Cuesta López C	A-1001
Cuadra Jiménez P	A-1375	Cuesta Marín A	A-60, A-2620,
Cuadra San Miguel R	A-1813, P-812	Cuesta Peredo D	P-420
Cuadrado Blanco I		Cuesta Rodríguez P	A-1009, A-2515, P-1059, P-1145, P-1439, P-1566, P-2051
Cuadrado Blanco IJ	A-496, A-1853, O-384, P-497, P-921, P-2510,	Cuesta Vizcaíno E	A-2283, P-107
Cuadrado Fernández M	A-911, A-1358, A-1937, P-1468, P-2056, P-2076	Cuetos Suárez D	P-1020, P-1416, P-1526, P-1663, P-1664, P-2325
Cuadrado González A	A-2749, P-2335	Cuevas González JL	P-299
Cuadrado Quintás V	A-462	Culpián Arias E	A-2586, P-484, P-808, P-1273
Cuadras Bassa G	P-278	Cuñado Cerro R	P-450
Cuadros Lerín P	P-2268	Curbelo García J	A-47
Cuadrado Blanco IJ	P-531	Currás Móstoiles JM	A-1067, A-1067, P-1773, P-1864, P-2559
Cuartas Álvarez T	A-746, O-716	Custodio García MJ	A-496, A-1853, A-1963, O-384, O-385, P-497, P-531, P-1410
Cuartero Cuenca B	A-1933	D S Y	P-520
Cuartero Martínez E	P-2115	d'Abbraccio Casanova A	A-1174
Cuatrecasas O	P-431	da Fonte I	P-2476
Cubedo Capella S	P-847	da Cruz Wentacem M	A-2443, P-1131
Cuella Cardona G	P-169, P-170, P-2547	da Mata Nunes J	P-1657, P-1735, P-2340
Cuéllar Gallego L	O-355	da Mata Nunes JS	O-1719, P-1717, P-1728
Cuéllar Olmedo LA	P-2002	Dabbraccio Casanova A	A-73, A-1617
Cuenca Apolo D	O-1497, P-1688	Daccach Navarro MF	P-933, P-1828, P-2191, P-2352
Cuenca Apolo DX	O-1687	Dalorzo González M	A-1136, P-2342
Cuenca García M	A-2317, A-2318, P-1550, P-2364	Dalouh Ounia I	P-1078, P-2237
Cuenca Ramos C	P-207, P-2462	Dalouh I	A-2203, A-2240, P-2723
Cuenca Torres M	P-222, P-420, P-1202, P-1203, P-1485, P-1753,	Dani Ben Abdellah L	A-295
Cuenca Valero C	P-1034, P-1786	Dapena Romero I	P-2805
Cuerda Clares MT	P-111	Darias Acosta A	P-419
Cuerda del Olmo J	O-609, P-453, P-610, P-611, P-633, P-645, P-672, P-698	Daroca Bengoa G	A-2322
Cuervo Pinto R	A-1541, A-1545, A-2223, A-2282, O-1605, O-2186, O-2189, O-2251, P-53, P-54, P-560, P-1033, P-1053, P-1328, P-2164, P-2187, P-2705	Darocas Garrigues M	A-2273
		David Iglesias C	A-1572, A-2194, A-2196, A-2328, P-1077



ÍNDICE DE AUTORES

Dávila Briones CJ	A-2443, P-1131	de la Roz Sánchez M	A-1106, A-1181, A-1616, A-1621, A-1627, A-1628, A-2734, P-476, P-554, P-1555, P-1608, P-2458, P-2519, P-2714, P-2715
Daza Pozo S	A-1084, P-2157	de la Torre Olivares MM	A-1354, P-875
de Andrés Loste S	P-788	de la Torre Rodríguez M	A-1163, A-2388
de Andrés Moro F	A-2090	de la Rosa Ruiz D	P-1602
de Azúa Jiménez M	0-833, 0-923, 0-1115, 0-1187, P-1148, P-991	de la Rosa Valero VD	A-2255, A-2366, P-1186, P-1590, P-2395, P-2762
de Blas AA	0-2687	de la Varga Martínez R	P-2405
de Burgos Marín J	0-958, P-1542	de la Vega Lanciego A	A-1013
de Coll Vela JC	0-888	de la Villa Zamora B	A-1193, A-1480, A-1731, A-2393, 0-1159, 0-1165, P-1150, P-1169, P-1178, P-1599, P-1679, P-2347, P-2390, P-2391, P-2436
de Dios Armenteros MI	P-160, P-162	de la Viuda Gil M	
de Dios Rodríguez MM	A-1459	de la Viuda Gil MJ	P-316, P-317, P-338, P-343, P-374, P-629, P-2755,
de Elías Hernández R	0-739	de Labaig Ramos P	A-383, A-2066, P-936
de Francisco Andrés S	A-98, A-1519, A-1744, A-2647, P-1252, P-1435, P-1473, P-1846	de las Nieves Rodríguez E	A-547, P-517, P-542, P-543, P-544
de Fuentes Frutos M	P-531	de León Rivas C	P-2376
de Gracia León AI	P-1256	de Lorenzo Pinto A	A-407
de Jesús Pérez C	A-1104, P-1291, P-1615	de los Reyes García Bermúdez EM	P-2060
de la Cal Ramírez M	P-1325	de los Santos Gamarra G	P-1505
de la cámara de las Heras JM	P-243	de Luis Román DA	0-500, 0-501, P-499
de la Casa Granados L	A-2259	de Miguel Campo B	A-1358
de la Concha Guimarey G	P-699	de Miguel García C	P-705
de la Cruz García M	0-564, 0-565, 0-566	de Miguel C	P-758
de la Cuerda del Olmo J	0-617	de Pablo Matesanz E	A-1531, P-1530, P-2149, P-2150, P-2703
de la Cuerda Llorente FJ	A-30	de Paz Martínez L	P-274
de La Fuente Carrillo JJ	A-2438	de Peralta García P	A-161
de la Gándara Palacios R	0-623	de Prada Marín M	A-29
de la Hera Salvador L	P-929	de Prados González C	A-1692, A-2440, A-2442, A-2444, 0-305, P-306, P-1723 P-2363, P-2367, P-2411
de la Hoz Carracedo V	A-2281, P-1649, P-2202	de Prados González MC	P-1161
de la Iglesia Manso EM	P-159, P-162	de Pro Chereguini M	P-176
de la Peña Parra E	A-1298, P-1509, P-2478	de Ribot Martínez R	A-140
de la Prada Álvarez F	A-1928		
de la Puerta Corona J	P-1920		



ÍNDICE DE AUTORES

de Sautu de Borbón E	A-1042	del Pozo Pisabarro R	P-302
de Tapia Majado B	P-1026	del Pozo Ruiz J	P-585
de Torres Ortega C	P-366, P-2462	del Pozo Vegas C	A-96, A-98, A-141, A-1344, A-1744, A-1945, A-1946, A-1949, A-2360, O-1818, P-38, P-136, P-164, P-411, P-1004, P-1473, P-1729, P-1917, P-1922, P-2258, P-2764
de Vega Malmierca F	P-159	del Pueyo Parra M	O-951, P-1607
de Vega Ríos E	A-44, A-2035, P-16, P-1698, P-2385, P-2531	del Río Aísa JL	P-1832
de Vera Guillén C	O-365, P-41, P-2471, P-865	del Río Gallegos F	P-708
de Vierna Grosso A	P-729	del Río Ibáñez R	A-2090
Debán Fernández M	A-795, A-1581, A-1625, A-2294, A-2782, O-799, P-797, P-798, P-1591, P-1609,	del Río Navarro R	P-380
del Amo Diego S	A-98, A-1519, P-1473, P-1734	del Rosario ME	A-135
del Amo S	A-2647	del Santo Vila C	P-1364, P-1366
del Arco Galán C	A-47, A-568, A-2198, O-603, O-806, O-917, P-845, P-1598, P-2185, P-2238, P-2260	del Valle Fernández M	A-2789
del Arco Galán J	P-1640	del Valle Monje L	P-28, P-1226, P-1845, P-2127, P-2592
del Baño López F	P-2507	Delgado Benito JF	O-263, O-686
del Brío Ibáñez P	P-2258, P-2696	Delgado Campos A	P-825
del Campo Carreño A	P-2779	Delgado Cárdenas G	A-97, A-932, A-1398, A-2040, P-1350, P-2069
del Campo Giménez M	A-1713	Delgado Esteban A	O-303
del Campo Olmedo JC	P-335, P-336	Delgado Martínez E	P-486, P-1821
del Cañizo Canto J	A-954, P-891, P-1241, P-2059,	Delgado Osuna A	P-1321
del Carpio Ramos JL	O-529	Delgado Padial EI	A-1272, P-379
del Castillo Nos J	P-2567	Delgado Sánchez R	P-241
del Cerro Sealices MT	O-924	Delgado Sardina V	P-2692
del Hoyo Peláez E	P-840, P-841, P-872, P-2462	Delgado Sevillano R	P-476
del Moral Jiménez JA	O-641, O-650, P-200, P-626	Delgado Valdúeza J	P-2569
del Moral Vicente-Mazariegos I	P-288	Delgado M	P-395
del Nido Alonso M	P-532	Delsors Mérida-Nicolich E	P-1715
del Olmo Morales M	O-871, O-874, P-181, P-183, P-347, P-777, P-1889	Dengra Guijarro E	P-664
del Pino Patón JL	P-335, P-336	Derisio L	P-1471
del Pino Valverde P	A-478, A-539, P-2114, P-2501	Descalzo Pulido MJ	P-379
del Pozo C	A-1519	Di Salvo León B	O-1019, P-1020, P-1534
del Pozo Peláez G	P-2779	Díaz N	P-1352
del Pozo Pérez C	A-293		



ÍNDICE DE AUTORES

Díaz Bello I	P-1457, P-2118	Díaz Sanmartín M	A-852, A-1567, P-2280
Díaz Chaves M	A-224, A-226, P-225	Díaz Sanz ME	P-265, P-266, P-267, P-268
Díaz Chicano JF	P-380	Díaz Urquiza L	A-37
Díaz Contrera R	P-546, A-1420, P-1421, P-1477, P-2098, P-2119,	Díaz Valdés AM	P-689, P-786
Díaz de Santiago A	P-1466	Díaz Vera E	A-954, A-975, A-1174, A-1524, A-2695, P-891, P-1444, P-1448
Díaz Fernández E	A-2138, A-2697, O-440, P-1557, P-1885	Díaz Victoria F	P-275, P-691
Díaz Fernández MP	O-750, O-1492, P-1505	Díaz Vidal L	A-103, A-483, A-1929, P-794, P-1229, P-1234, P-1779, P-2491
Díaz Gamboa M	P-595	Díaz de Mayorga Muñoz E	A-2198, P-1598
Díaz García M	A-1844, A-2598	Díaz de Tuesta Chow Quan AM	A-1375, P-99, P-1401, P-2343
Díaz García N	A-1371, P-11, P-1794, P-2080, P-2565	Díaz del Campo Córdoba J	P-2153
Díaz González E	A-1616, P-1571, P-2662	Díaz-Chirón Sánchez L	A-1071
Díaz González MB	P-1324, P-2612	Díez Bermúdez A	P-812
Díaz López NJ	A-2317, A-2318, P-1550, P-2364	Díez Díez D	P-597, P-1699
Díaz Loueiro L	P-208, P-209	Díez Díez I	A-252
Díaz Mate M	P-337	Díez Naz A	O-2739, P-2742
Díaz Montero J	P-449	Díez Barrio A	P-2122
Díaz Muiños F	P-825	Díez Díaz D	A-79, A-2439, P-1141
Díaz Muñoz M	P-2330, P-2532	Díez Herrero D	A-2138, A-2697, P-2577
Díaz Nájera E	O-928, P-1977	Díez Noain M	P-156
Díaz Noaín M	A-707, P-661	Dios Parada N	A-79, A-2439, P-1141
Díaz Olaizola C	A-555	División Hernández MA	P-1804, P-1805, P-2575
Díaz Paradela MA	A-349, P-350	Diz González D	A-1742, A-2699, P-2061, P-2062
Díaz Pastor A	A-1479	Docavo Barrenechea-Moxó ML	A-1578, P-1079
Díaz Polanco G	A-2081, O-1719, P-1657, P-1717, P-1728, P-1735, P-2340	Domenèch Casasús C	P-1034
Díaz Ramírez S	P-2155	Domenèch de Frutos S	P-299
Díaz Rodríguez I	O-1507, P-408, P-1217	Domenèch García J	P-711
Díaz Rozado D	P-1213	Domingo E	P-1074
Díaz Ruipérez V	P-239, P-274, P-344	Domingo Lozano JM	A-1876
Díaz Salado A	P-2692	Domingo Marco J	P-2613
Díaz Sánchez C	P-392, P-402	Domínguez Álvarez R	A-965, P-1504
Díaz Sánchez MG	P-801, P-1237, P-1263	Domínguez Carrasco J	A-1194, A-2374, P-1156, P-1716



ÍNDICE DE AUTORES

Domínguez Casas L	A-2173	Echeberría Sáez S	A-247, P-245
Domínguez Chil RR	A-684	Egea Campos MP	A-2678
Domínguez del Brío EM	A-2700, O-1006, P-138	Egea Campoy MP	A-1354, A-1628, A-1927, P-1434, P-2083
Domínguez Galiana M	A-1012	Egea Huertas A	A-1181, A-1621, A-1627, A-1628, A-2734, P-1555, P-2519, P-2714, P-2715, P-2745
Domínguez García M	A-932, A-1398, A-2040, O-1007, P-789, P-790, P-1412, P-2007, P-2011, P-2473, P-2570, P-2576, P-2746,	Egea Pérez AI	O-282
Domínguez Martínez E	A-260	Egea Simón M	A-2688, P-1496
Domínguez Rodríguez M	P-1914, P-2149, P-2150, P-2702, P-2703	Eito Cuello J	A-289, A-553, A-1826
Domínguez Rodríguez Y	A-1541	Elizondo Giménez M	O-459
Domínguez Sánchez E	P-338, P-375	Elsayed Soheim M	P-1656
Dominijianni G	O-485	Encina Aguirre Y	A-360, P-793, P-2566, P-2568
Donat Sanz Y	A-1861	Encinar Sánchez MC	P-171
Donoso Guisado I	P-1772	Endeiza López E	P-2761
Dorca Josa A	P-46, P-1758	Endeiza López L	P-595
Duarte Carazo A	P-287	Enriquez Álvarez E	A-2677, P-2664, P-2666
Dubrava Dubrava Y	P-2809	Ercilla Arginzoniz O	P-2561
Duch Grau L	A-149	Erdocia Goñi A	A-916
Dueñas Laita A	O-2497	Erlanz Aramayo I	A-1873
Duerto Cebollada S	P-1832	Escalada Roig X	O-215
Duque Chaux GA	A-37	Escalero Rodríguez R	A-1431, A-1433, A-2008
Duque de Luis OD	A-684, P-343	Escales Esteban M	P-801
Durà Miralles X	A-2362	Escalona Rodríguez S	A-1695
Durán Álvarez C	P-1554	Escamilla Espínola M	A-1013
Durán Cabanillas L	O-329, P-1754	Escamilla Ramos L	P-1765, P-1984
Durán Cambra A	P-813	Escarbajal Frutos CM	P-2060
Durán Chiappero MR	A-2135, P-2082	Escobar Morreale H	O-1250
Durán Ducon L	P-2460	Escolano Sánchez A	A-253
Durán Gallego MJ	A-932, A-952, P-1350, P-2069	Escolar Martínez-Berganza T	P-423
Durán Ruiz MV	P-2567	Escorcía Chafer JA	A-489, P-521, P-712
Durán Taberna M	O-1474, O-1642	Escribano San Quirico P	P-207
Dusseck Brutus R	O-2739, P-399, P-1394, P-2583, P-2587, P-2727, P-2728, P-2742, P-2752, P-2753	Escribano Talaya M	A-2606
Echarri Sucunza A	A-709, P-361, P-700, P-2560	Escrivá Trueba R	A-1012, P-1050
		Escudero Cuadrillero C	O-726, P-721



ÍNDICE DE AUTORES

Escudero Fernández MJ	A-1736	Esquer Peris MJ	P-243, P-1202, P-1203, P-1748, P-1749, P-1751
Escudero Sánchez MC	P-426	Esquerrà Molas A	P-1559, P-1561
Espadas Maciá D	P-2490, P-2502	Esquilas Sánchez O	0-459
Esparza Garrido MI	0-303	Esquivias Campos M	A-907, A-913, A-1309, A-2632
Espasandín Duarte I	A-79, A-2439, P-1141	Estaben Boldova V	A-534, 0-923, P-991, P-1022, P-1413
Espi Palomares P	P-776	Esteban S	P-449
Espíldora de Ancos E	A-2249, P-2243	Esteban Gutiérrez G	A-1454, P-52, P-1323, P-1995, P-2047
Espín Aguade P	P-1997	Esteban Herreros MA	A-1988
Espín Giménez C	A-1018, A-1692, A-2440, A-2442, A-2444, A-2447, P-1161, P-1495, P-1723, P-2363, P-2367	Esteban Igual A	P-210, P-214
Espín Puerta A	0-249, P-217	Esteban Lloret C	P-473, P-1757
Espina Boixo MA	0-744, 0-745	Esteban Pastor C	P-646
Espina Rodríguez N	A-1281, A-1958, P-1003, P-1265, P-2094	Esteban Pastor S	0-641, 0-650, P-200, P-626, P-646
Espinach Albarós J	A-1876	Esteban Rodríguez MC	A-2131
Espinal Cuadrado E	P-409	Esteban Velasco JV	A-96, A-1744, P-1734
Espino Huerta JA	P-163	Esteban Villacampa A	P-1508
Espinola Coll E	A-2271, P-1134, P-226, P-2266	Esteban Zubero E	A-916, P-933
Espinola Coll EM	A-1510, A-2135, A-2141, P-1183, P-2082	Estella García A	0-1429, P-1428, P-2039
Espinosa S	P-185	Estellés Fernández RI	P-933
Espinosa Cardós JP	A-656	Estévez Escobar M	P-479
Espinosa Casanova D	P-2613	Estévez Montes R	P-1014
Espinosa Cuevas M	P-2363, P-2367	Estévez Rueda MJ	A-483
Espinosa de los Mont Márquez E	A-2281, P-1649, P-2202	Estévez González B	A-2276
Espinosa Fernández B	A-2472, 0-1582, P-2805	Estévez González R	A-1060, A-1101, A-1572, A-2194, A-2196, A-2272, P-1051, P-1558, P-2201, P-2236
Espinosa Lara MP	P-2394	Estévez Rueda MJ	A-1929, P-794, P-1220, P-1229, P-1234, P-1352, P-1779, P-2491
Espinosa Oltra T	P-1681	Estrada Carmona J	P-163
Espinosa Ramírez S	A-293, 0-303	Estrada García R	0-983
Espinosa Torre F	A-2449	Estrada López M	P-1446
Espinoza Pérez JA	A-35, P-1026, P-2162, P-2522	Estrada Menéndez A	A-1106, P-1571
Esplugues Marrahí J	P-2228	Estrada Suela A	0-2186, P-560, P-758, P-1328, A-2282
Espona Ferrer JV	A-515	Expósito Coll I	0-2798
Espuís Albás L	P-2567		



ÍNDICE DE AUTORES

Expósito Rodríguez M	P-346	Fernández Alonso C	A-1545, A-1578, 0-283, 0-564, 0-565, 0-566, 0-928, P-197, P-330, P-389, P-516, P-2187
Expósito Ruiz M	0-961, P-963	Fernández Alonso R	A-1340, A-1910, A-1911, A-2514, P-1915, P-2481
F M E	P-520	Fernández Bayón G	A-96, A-141, 0-1818, P-136
F R MJ	A-103	Fernández Bermejo M	0-1631
F R MJ	A-1659	Fernández Burgos I	0-1527, 0-1528, P-2046, P-2048
Fabero Cruz P	A-1120, P-1644	Fernández Calderón S	A-2409
Fabregat J	P-431	Fernández Calvo L	0-95, 0-735
Fadrique Millán LN	A-89, A-2360, P-38, P-220	Fernández Camacho D	A-1018, 0-1159, 0-1160, P-996, P-1150, P-1158, P-1169, P-1170, P-1178, P-1180, P-1495
Fajardo Vázquez DM	A-684, P-343	Fernández Camacho L	P-2680
Fajardo Velasco P	P-897, P-1678, P-1891, P-2356	Fernández Campillo J	P-367, P-702
Falces Añón A	A-456, P-166	Fernández Candelas C	0-463, 0-621, 0-640, 0-643, P-200, P-618, P-619
Falces Añón M	A-186, A-188, A-326, A-327, A-456, A-467, A-468, P-152, P-454, P-455, P-2669,	Fernández Cid Bouzá R	A-1873
Falcó Callau A	A-1357, A-2000, P-970	Fernández Cimadevilla OC	P-14
Fanculli C	P-110	Fernández Concellón L	P-2693
Farraís Expósito F	P-2665	Fernández Cuervo A	A-1162, A-1166, A-2416, P-2384
Farré Pallarés N	P-1346	Fernández de Béjar MM	A-1480, P-1185, P-1679, P-1696, P-1720
Fau Sánchez I	A-925, P-569, P-2227	Fernández de Cordo González V	A-2768, 0-630, 0-634, 0-767, P-216, P-2544
Faundez Mayo R	A-1369, P-892	Fernández de Cañete	A-1870, A-2137, A-2586, P-1096, P-2527, P-484, P-808
Favá García FJ	A-1942, A-2637, P-1342	Fernández de Sanmam Gutiérrez R	P-1886
Feital García C	0-627, 0-766, P-451, P-605, P-638	Fernández de Velasco Pérez D	0-1631, P-1037, P-1634, P-1637
Felip A	P-395	Fernández del Palacio E	P-353
Feliu Pérez I	A-251, A-333, P-523	Fernández del Valle P	0-1823, P-376, P-737
Fermín Gamero G	P-487, P-1233, P-1320, P-1803	Fernández Díaz F	A-1518
Fermín Gamero GJ	A-1283, A-2470	Fernández Díaz M	A-779, A-2454, A-2792, P-778, P-2458
Fermín Ramírez VE	P-1121	Fernández Díaz N	A-2109
Fernán Pérez P	P-241, P-265, P-266, P-267, P-268, P-2755, P-316, P-338	Fernández Domínguez JM	P-736
Fernandes Suárez C	P-1062		
Fernández BM	0-94		
Fernández G	P-1561		
Fernández S	P-2533		
Fernández Alcalá C	A-1983, P-416, P-1503, P-2045		



ÍNDICE DE AUTORES

Fernández Esain B	A-2509, P-361, P-2560	Fernández Landázuri S	P-214
Fernández Escribano M	P-1076	Fernández Letamendi MT	0-923, P-99, P-1401
Fernández Esparrell D	P-655	Fernández Letamendi N	P-1888
Fernández Falces A	A-707, A-709, P-156, P-661	Fernández Letamendi T	A-2484, P-1022, P-1124, P-1888, P-1943, P-1991, P-1994, P-2343
Fernández Félix BM	P-31	Fernández Liarte L	0-529
Fernández Fernández A	A-747	Fernández Llamas D	P-323, P-345
Fernández Fernández E	0-2796, P-2794	Fernández Llebrez Castaño AT	A-472
Fernández Fernández P	A-779, A-2454, A-2792, P-778	Fernández López A	A-2789, P-20, P-2709
Fernández Fernández S	A-97, A-1398, P-1350, P-2069	Fernández López S	A-2438, P-578, P-600, P-1725
Fernández Fígares Montes C	A-1839, P-1797	Fernández Luna JL	P-693
Fernández Fresnedo G	P-2406, P-2536	Fernández Madueño MI	A-458
Fernández García I	P-1764	Fernández Marín I	A-911, A-1267, A-1358, A-1937, P-836, P-1468, P-1830, P-1831, P-2056, P-2076
Fernández García JM	P-227, P-229	Fernández Martínez E	P-268
Fernández García P	P-559, P-561	Fernández Martínez MA	P-439
Fernández Garrido D	A-1927, A-1950, A-2678, P-875, P-1434, P-2083	Fernández Méndez F	A-272, 0-271, P-279
Fernández Gasso ML	0-900	Fernández Méndez MJ	A-272, 0-271
Fernández Gómez A	A-1702, P-897, P-1891	Fernández Menéndez AY	A-2789
Fernández Gómez M	A-612, A-652	Fernández Menéndez V	A-1011, P-7, P-792
Fernández Gonzalo D	P-985	Fernández Moraga MP	P-274
Fernández Guerrero IM	0-961, P-963, P-1208, P-1399, P-1463, P-1464, P-1984, P-2084, P-2087	Fernández Muñoz M	P-1472
Fernández Guillén MS	P-1601	Fernández Neira MT	0-648
Fernández Gutiérrez D	P-414	Fernández Núñez J	
Fernández Gutiérrez N	P-171	Fernández Núñez JM	A-1935, P-774, P-865, P-2680
Fernández Gutiérrez R	P-414	Fernández Ovalle H	0-500, 0-501, P-499, P-1260, P-1917
Fernández Hernández L	0-564, 0-565, 0-566	Fernández Pajares M	A-1988, P-476, P-2458
Fernández Ibarra A	A-2344	Fernández Palacios C	P-19
Fernández Iglesias C	A-795, A-1581, A-1625, A-2294, 0-799, P-797, P-798, P-1591, P-1609	Fernández Pereda C	P-7, P-792, P-2067, P-2068
Fernández Iglesias J	A-157, P-314	Fernández Pérez C	0-263, 0-686, 0-688, P-378
Fernández Infante Garzás AI	P-752	Fernández Pérez V	P-230, P-231, P-298
Fernández Jiménez G	P-845	Fernández Quijada EM	A-601, A-1103, A-1612, A-1690, A-2378, P-118, P-441,
Fernández Jiménez M	P-664		



ÍNDICE DE AUTORES

	P-581, P-1182	Fernández Vázquez MJ	P-1439, P-1440, P-2051
Fernández Ramírez Y	A-1011, P-792, P-985, P-2681	Fernández Vega L	A-29, A-1102, A-1535, A-1563, A-1671, A-2195, P-1057
Fernández Rioja EJ	A-2579	Fernández Vidal N	P-2790, P-663
Fernández Rivas G	P-1276, P-1559	Fernández Vidaurreta I	A-960, A-1880, P-1859, P-2597, P-2663
Fernández Rivas MT	A-1813	Fernández Zamora A	A-475
Fernández Rived I	P-101	Ferrá Rodríguez I	A-2193
Fernández Rivera A	P-1164	Ferrández Rodríguez J	A-1740, P-1168, P-2093, P-2108
Fernández Rodríguez A	0-1114	Ferrández Rodríguez JC	0-1349, P-1715, P-2733, P-575
Fernández Rodríguez M	A-747	Ferrando Lluch M	A-2066, A-503, P-2025, P-949
Fernández Rodríguez MJ	A-1151, P-1005, P-1684, P-2126	Ferrando Moreno E	A-2418, P-2425
Fernández Rodríguez S	P-1698, P-2385	Ferrando Romero EM	A-2379, P-2448
Fernández Rodríguez V	A-947, A-1871, 0-1426, 0-1469, P-1883	Ferraro L	A-2366, P-1590, P-2762
Fernández Rosa MJ	A-1274, P-1843	Ferre Jornet R	P-412
Fernández Ruiz L	0-1429, P-1428	Ferré Martínez MJ	A-481
Fernández Ruiz Y	A-475	Ferreiro Gómez M	P-391
Fernández Saa Z	P-2649	Ferrer Armengou L	P-1466
Fernández Salgado F	0-1719, 0-1724, P-482 P-1657, P-1717, P-1728, P-1730, P-1735, P-1798, P-2340	Ferrer Caballé L	A-140, P-1242, P-2511
Fernández Simón Almela A	P-117	Ferrer da Pena MD	P-364
Fernández Sobredo N	A-1106, A-1616, A-2215, P-554, P-1571, P-1608	Ferrer Espona JV	A-513
Fernández Sobrino I	P-2202	Ferrer Espona JV	P-514
Fernández Sosbilla JM	P-1278	Ferrer Rosique JA	P-2748
Fernández Suárez L	P-237	Ferrer Serrano D	A-1490, P-1436, P-1456
Fernández Suárez A	P-7, P-792	Ferreres Ramia Y	0-215, P-248
Fernández Suárez D	A-1340, A-1910, A-1911, A-1912, A-2132, A-2514, P-1501, P-2481, P-2673	Ferrero Fernández E	A-685, A-746
Fernández Testa A	A-1431, P-233	Ferrero Fernández IE	A-495, A-2441, A-2496, A-2783, P-545, P-830, P-832, P-1262, P-1882,
Fernández Torre D	A-2229, A-2738, P-132, P-1126, P-1646, P-1675, P-1722, P-2235, P-2337, P-2520	Ferrero Lobo S	A-1001, A-1001, P-133
Fernández Valdivieso D	A-103, A-1151, A-1659, P-1005, P-1684, P-2126	Ferrero Palma I	P-451
Fernández Vargas D	A-1500, P-504, P-959, P-2512	Ferrero Quiñones C	0-158
		Ferrés Padró V	P-2453
		Ferri M	P-1376
		Figueres Solé G	0-428





ÍNDICE DE AUTORES

Figueroa Pérez JJ	A-2625, P-1828, P-2191, P-2352	Fortuny Bayarri MJ	P-2766
Fiorante S	A-1576, A-2617	Fortuny Esterri I	A-821, P-1249
Fiorini Bachour FN	A-2317, A-2318, P-1550, P-2364	Fouce Fernández JM	A-1487, O-2806
Florensa Puig M	P-1366	Fragero Blesa EM	A-1510, A-2141, P-959, P-2115, P-2512
Flores Carrasco C	A-9	Fraguas Reverendo P	O-871, O-874, P-181, P-183, P-347, P-777, P-1326, P-1889
Flores Hernán M	P-1058, P-1653	Fraile JL	P-2241, P-59
Flores Herrera J	O-355	Fraile González JL	P-1799
Flores Lledo O	P-664	Fraile Gutiérrez V	O-2497
Flores Quesada S	P-1245	Fraile Vicente A	A-150, P-204, P-1360, P-2450, P-2451
Flórez Nieto M	P-318	Fraiz Muñoz B	A-1524, A-2695, P-2588
Fluvià Brugués P	P-1242	Frances Gassó C	A-383, A-503, A-863, P-936
Folgado Becerra MJ	P-233	Francesena González S	A-1011, A-1340, A-1910, A-1911, A-1912, P-985, P-1915, P-2681
Folgado Pérez MA	P-233	Francia Franco F	A-289, A-1294, A-1826, P-1316
Fombellida Gutiérrez P	A-1149, A-2653, P-592	Franco R	A-1613
Fonoll Tassier I	A-2000	Franco Daza E	P-1014
Fonseca del Pozo FJ	P-2345	Franco Ferraz R	A-2540
Fonseca Ortega J	A-1871, A-2073, P-966, P-1447, P-2670	Franco Hernández JA	P-1457, P-2118
Font Bosch M	A-2398, O-762	Franco Sánchez M	A-1689, A-2754, P-2365
Font Casas Y	P-396	Franquelo Morales P	O-888
Font Lurbe N	P-1034	Franquesa Novellademunt A	P-1494
Fontalba Ruiz G	A-1842, P-898, P-1923, P-2469	Franquesa Serra L	P-1610
Fontao Fernández L	P-693	Frasquet Signes S	O-1492
Fontecha Olid D	A-1295	Fregosi A	O-1527, O-1528, P-2046, P-2048
Fontecha Olid MD	A-2483, P-416, P-934, P-1414	Freijoso Fernández CE	P-2357
Fora Romero MJ	A-1344, A-1945, A-1946, P-1260, P-1917, P-1922	Freire Tellado M	O-620, P-663
Forado Benatar I	P-1366, P-1411	Frías Hervás MR	P-1121
Fornas Castelló M	P-2596	Frontela Losa J	O-457
Forner Pablo A	A-2295	Frutos Díaz S	P-584
Forrester Zapata D	P-561	Frutos Hidalgo E	A-1701, P-2389
Fortes Millán IC	A-257	Frutos Hidalgo E	P-2405
Fortún Moral M	P-2560, P-361	Fuentes V	O-2529
Fortuny Bayarri M	O-763		



ÍNDICE DE AUTORES

Fuentes Bermejo M	P-583, P-1611, P-2746	Galán Iguacel N	A-1390, O-1587, P-976, P-2809
Fuentes de Frutos M	A-496, A-1853, A-1963, O-384, O-385, P-497, P-921	Galán Traba MA	O-1021, P-2097
Fuentes Ferrer ME	O-564, O-565, O-566, O-928, P-1990	Galera Heredia C	P-325
Fuentes García V	P-1458, P-2070	Galera Martínez M	A-472
Fuentes González E	O-1423, P-1280	Galicia Paredes M	O-2508, P-2476
Fuentes Jiménez M	A-1481, A-1683, P-445, P-1147, P-2064	Galindo Allueva M	P-2775
Fuentes Miguel E	A-1395, P-2049, P-2650	Galindo Vacas S	P-394
Fuentes Ochoa MT	A-186, A-188, A-313, A-326, A-327, A-467, A-468, P-152, P-166, P-455	Gallardo Bautista J	A-75, A-78, A-82, A-1992, O-508, P-68, P-870
Fuentes Pardo L	P-114	Gallardo Dates J	A-738
Fuentes Rodríguez G	A-2701, P-791, P-834, P-1219, P-1766, P-2564,	Gallardo Delgado MC	A-327
Fuentes Santos C	O-1631, P-1037, P-1634, P-1637, P-1660	Gallardo Gallardo AM	A-1274, A-1838, P-1843
Fuertes Izquierdo N	P-1242	Gallardo González M	P-325
Funes Vera C	O-246	Gallardo González R	A-1870, A-2586, P-808
Fustegueras Mir G	A-205, A-251, A-333, P-523	Gallardo Jiménez L	A-257
G B C	P-896	Gallardo Jiménez N	P-208, P-209
G B LJ	O-616	Gallardo Martínez C	A-270
G G OM	O-616	Gallardo Moreno AB	P-673
G V JL	O-616	Gallardo Rebolal MS	O-1216, P-1218
Gabiña Barbara M	A-252	Gallardo Romero I	P-2160
Gabiña Melero M	P-629	Gallardo Tur A	A-1419, A-2018, A-2131, P-2009, P-2010, P-2013, P-2014, P-2020
Gacía Baquero Martín ID	P-484	Gallego Aguilar MJ	A-1359
Gacía Olloqui A	P-2727, P-2728	Gallego Arenales MC	P-220
Gacimartín Maroto AM	P-611, P-637	Gallego Artiles N	P-2353
Gacimartín Maroto E	P-637	Gallego Benito M	P-162
Gagliardi Alarcón L	A-1560	Gallego Cánovas E	O-603
Gago Bellido C	A-971, A-1861, P-2001	Gallego Casado C	A-1029, P-2154
Gaibor Quiroz JN	P-2326	Gallego Castellano MA	P-159, P-162
Gajate Cano J	O-463, O-650, P-618	Gallego Castillo EN	A-2135, P-2082
Gal Iglesias B	P-259	Gallego Deike L	P-389, P-516
Galán Caletogui MD	O-211, O-459	Gallego Durán MJ	A-1398
Galán Dorado E	P-1509, P-2122	Gallego Rodríguez P	A-1371, A-2140, P-11, P-1794, P-2080
		Gallego Sánchez JA	A-2580



ÍNDICE DE AUTORES

Gallur Martínez AM	P-128	García Balsalobre C	P-591, P-1601, P-1677, P-2263, P-2773,
Galván Espinoza L	P-2406, P-2536	García Bango Y	P-237, P-318
Galván Espinoza LH	A-1195	García Baquero Martín ID	A-2137, A-2586, P-808, P-1273,
Galván Román JM	A-2695	García Bautista LJ	A-613, P-604, P-619
Gálvez Mora J	P-2691	García Bayo R	P-2661
Gálvez San Román JL	A-75, A-78, A-82, A-1761, A-1992, O-508, P-68, P-870	García Bermejo P	A-4, A-1067, P-222, P-1202, P-1203, P-1215, P-1773, P-1819, P-1863, P-1864, P-2151, P-2559
Gálvez Santiago G	A-2262, P-577, P-2200, P-2267,	García Bértolo A	A-2789
Gandía Navarro C	P-1804, P-1805, P-2466, P-2575	García Blanco M	A-47
Gangolells Sabata A	A-2659	García Blanco MJ	P-2260
Garberí Juan G	O-1570, P-439	García Bolea A	A-780, A-783
Garces Horna S	P-178	García Briñón MA	P-353
Garcés Garcés FJ	O-649, P-728	García Brizuela MY	A-37
Garcés Horna S	P-187, P-351, P-423	García Buigues AJ	P-2596
Garcés San José C	O-923, O-1115, O-1187, P-991, P-1124, P-1943, P-1991, P-1994, P-2343	García Burón Z	P-2747
García F	O-158	García Caballero I	P-2159
García G	P-646	García Camacho E	A-1043
García I	P-1082	García Carretero R	P-482
García V	P-1082	García Castán R	P-144, P-146, P-147
García Aguilar A	P-1035	García Chacón E	A-418, P-2099
García Aldave JJ	A-2138	García Chicano MA	A-601, A-1103, P-1182, A-1612, A-2378, A-2408
García Almela M	P-575, P-1715, P-2733	García Clari JJ	P-796
García Alvarado N	P-1586, P-2167, P-2236, P-2349	García Cobo J	O-1527, O-1528, P-2046, P-2048
García Álvarez I	P-2353	García Codornie S	A-418, P-2099
García Álvarez SM	A-1487, O-2806	García Colodro JA	P-2764
García Anadon Z	A-1826	García Criado J	A-1982, A-2044, A-2630, P-1360, P-1435, P-204
García Aracil N	A-269, O-457	García Cruz MC	A-1162, A-1166, A-2416, P-1442, P-2384
García Arellano AM	A-2509, P-793, P-2566, P-2568,	García de Buen JM	O-751, P-2548, P-2696
García Arias F	P-14	García de León Chocano S	A-731, P-2490, P-2495, P-2502
García Aroca M	P-20, P-591, P-1196, P-1196, P-1441, P-1601, P-1681, P-2709	García de Pablo I	P-559, P-561
García Atienza E	A-1372, A-1713, A-2283, P-2097		
García Ayuso A	P-452, P-2541		



ÍNDICE DE AUTORES

García de Pedro R	P-19	García-Giralda Núñez C	A-1181, A-1621, A-1627, A-1628, A-2734, P-1555, P-2519, P-2714, P-2715, P-2745
García del Águila J	P-737	García Gollonet B	A-2271, P-959, P-1134, P-1183, P-2261, P-2266
García del Pino I	A-2379, A-2418, P-2425, P-2448	García Gómez C	A-1618, A-2279, P-2530
García-Delgado Rosado H	P-2583, P-2587, P-2589, P-2594, P-2752, P-2753	García Gómez JI	P-625
García Díaz E	A-1732, A-2449	García González D	0-384, 0-385, P-531, P-2494
García Díaz N	A-2801	García González L	P-1231
García Diego M	P-1764	García González R	P-381
García Díez E	A-1962, P-2461, P-2597	García González Y	A-495, A-2441, A-2496, A-2783, P-545, P-830, P-832, P-1262, P-1882,
García Dolz R	0-1492, P-796	García Guevara K	P-955
García Echeverría P	A-2344	García Gutiérrez S	0-1216, P-1218, P-1239
García Estrada G	P-997, P-1416, P-1663, P-1664	García Hernández A	P-450
García Estrada ML	A-1123, A-1189, P-398, P-1416, P-1655, P-1663, P-1664, P-1676, P-2325	García Herráiz MA	P-834, P-1827
García-Fayos de Diego M	P-2179, P-2180	García Herrero P	A-2630, P-938
García Fernández J	A-2446	García Hidalgo R	P-2727, P-2728
García Fernández JA	0-1356, 0-2796, P-2794	García Iglesias D	P-5
García Galán M	A-1155	García Iglesias MJ	P-302
García Galindo G	P-697	García Jares O	A-1487
García Garaboa MJ	P-369, P-370	García Jiménez C	A-1690, A-2378, 0-215, 0-1645, P-118, P-1691, P-2380
García García A	A-1001, P-1068, P-1405, P-1410	García Jiménez CM	A-855, P-321, P-322, P-2600
García García C	A-1743, A-2274, P-2429, P-2435	García-Lago Sierra A	A-1518, A-2653, P-369, P-370
García García JF	P-1601, P-1677, P-2263, P-2773	García Lamberechts EJ	A-1541, A-2223, A-2282, P-1239
García García L	P-165	García Langoyo B	P-175, P-234
García García M	0-964	García Lloret A	A-2446
García García MP	A-952, P-2494	García Loaiza J	P-1990
García García N	P-335, P-336	García Lombardía K	P-1228
García García P	0-631	García López B	A-43, P-572, P-2226, P-2774,
García García S	P-69, P-2167	García López JM	A-1842, P-898, P-1923, P-2469
García Garmendia JL	P-1278	García López T	A-2472
García Garzón M	A-2604, P-1254	García López UP	A-851, A-1109
García Gibert L	0-2508	García Lorenzo R	P-597
García Gil A	P-840, P-841		



ÍNDICE DE AUTORES

García Lucena GM	P-1765	García-Ochoa del Olmo AM	P-689, P-786
García Luengo M	0-701, P-480, P-2552	García Olid A	P-2037
García Marichal C	P-2665	García Olloqui A	P-2573, P-2583, P-2587, P-2589, P-2752, P-2753
García Marín A	P-2056	García Olmos L	0-290, 0-291
García Marín AP	A-1267, P-535, P-836, P-1831, P-2076	García Ortega F	0-648
García Marina B	A-2, A-1056, A-2110, P-1223, P-1462, P-1564, P-1771, P-1787, P-2555	García Osuna A	P-813
García Martín A	P-17, P-18	García Pagán C	P-2107
García Martín J	P-1230	García Palacios M	A-1018, P-1495
García Martín R	0-282	García Palacios Y	P-1495
García Martín R	P-284	García Palma DG	A-1363
García Martín S	P-2269	García Panes J	A-1568
García Martínez A	A-2738, P-2778	García Peña P	P-549
García Martínez L	P-67, P-942, P-943, P-2627	García Pérez D	0-1465
García Martos JC	P-734	García Pérez L	A-1071
García Medina E	A-293, A-913	García Perla A	A-2595, P-39, P-2594
García Miranda MJ	A-589, P-121, P-1476, P-1704, P-1721, P-1998, P-2323, P-588	García Prieto E	P-1445
García-Molina Sáez C	0-434	García Prieto J	P-546, P-1806, P-2119
García Montes N	A-2140, P-2080, P-2216, P-2756	García Ramos I	P-1017
García Morán E	P-1004	García Ribes M	A-608
García Moreno A	A-1427, P-1403	García Riera E	A-1813
García Moreno D	A-496	García Rodríguez A	A-1737, P-1184, P-2422
García Moya M	0-763	García Rodríguez AM	A-1344, A-1945, A-1946, A-1949, P-1260, P-1917, P-1922
García Muñiz A	A-1581, A-1625, A-2294, P-1609	García Rodríguez JC	P-2675
García Navarro P	P-502, P-856, P-1573	García Rodríguez M	A-2628, 0-567, P-1324, P-1977, P-2088, P-2612
García Noaín JA	P-1080, P-1832	García Romero A	0-244, 0-425
García Noeda E	P-812	García Ron A	P-561
García Noriega A	P-1566	García Ruiz F	P-753
García Notario A	A-70	García Ruiz-Calero G	A-1531, P-2149, P-2150, P-2702, P-2703
García Notario P	0-888	García Rupérez I	P-1004, P-1406, P-2078
García Núñez S	P-236	García Sánchez AJ	P-578, P-600, P-1697
García Ochoa MJ	0-158, 0-463, 0-676	García Sánchez MI	P-1696



ÍNDICE DE AUTORES

García Sánchez MO	A-1002, A-2130, P-2120	Garrafa Delgado J	P-123
García Sánchez R	A-407	Garrido Acosta L	A-1363
García Sanchís MM	P-967	Garrido Arce M	P-929
García Santana E	P-31	Garrido Castilla JM	P-899, P-939, P-950, P-981
García Sarmiento C	A-2768	Garrido González JM	A-2271, P-1183, P-2261, P-2266
García Soto AB	A-1272, P-379	Garrido López M	P-48, P-49
García Soto V	A-1272	Garrido López MA	A-859, A-1297, A-1868
García Suárez I	A-109, A-1010, P-2458	Garrido López R	P-104, P-236, P-2510
García Tascón R	P-1014	Garrido Rosado A	A-2604, P-1254
García Tercero E	A-1101, A-2276, P-2167, P-2269	Garriguet López FJ	P-805, P-1210, P-1211, P-1264, P-1768
García Tesouro E	P-414	Garzón Quiñones M	0-339, P-461, P-474, P-551
García Torrecillas JM	0-935, P-281, P-287	Gasca Pérez E	A-285, A-490, 0-718, P-800
García Tovar M	A-1746, P-189, P-351	Gassó Ribes M	P-396
García Úbeda A	A-269	Gata Maya M	P-2680
García Uría Santos M	A-2090, P-998, P-1466	Gatoo Pérez E	P-340, P-341
García Vega FJ	0-2806	Gavilán Casado CA	A-932, P-789, P-790
García Veloso M	A-462	Gayangos Machado A	A-157, P-167, P-331
García Vesga VE	P-2353	Gayol Huerga S	A-1512, P-2563
García Vidal L	P-775	Gayoso Martín S	A-1942, P-130, P-1342, P-1347, P-2434
García Villalba EP	A-1927	Gázquez Pérez J	P-1611
García Villar E	0-2806	Gea Fernández J	A-1878, P-1887
García Virgos IR	A-993	Gea Velázquez de Castro MT	0-312
García Zamorano R	0-675	Gené Tous EM	P-185, P-1225
García Zurita M	A-1266, A-1282, A-1420, 0-2694, P-546, P-1421, P-1477, P-2098	Genebat González A	P-399
Garcíaarena Ezquerria LJ	P-705	Genebat M	
Garde Barea G	0-1373	Genebat González M	0-2529, 0-2739, P-1394, P-2573, P-2583, P-2587, P-2589, P-2727, P-2728, P-2742, P-2752, P-2753,
Gargallo Maicas C	A-820	Geraldo Pérez P	A-1135, P-2228
Garicano Quiñonez L	A-73, A-1617	Ghazi Hamouti K	A-1613
Garmendia Rufo I	P-801, P-1237, P-1263, P-1367	Giavedoni P	P-2477
Garmendia Zallo M	P-15	Gich Saladich I	P-813
Garmilla Ezquerria P	A-60, A-71, A-1041, A-1061, A-2173, A-2286, P-36, P-1026, P-1105, P-1597,	Gil V	0-867





ÍNDICE DE AUTORES

Gil Alcaraz R	A-2482, A-2668, P-1467, P-1478	Giménez Mediavilla JJ	0-640, 0-643, P-605, P-637 P-2539, P-2548
Gil Arrabal I	0-749	Giménez Valverde A	A-534, P-1515, P-1520, P-1986, P-2077
Gil Casado E	P-540, P-2799	Gimeno Galindo C	A-142, A-1286, P-19, P-1241, P-1787
Gil Castillo C	A-1963, P-531, P-921 P-1252, P-1435, P-1846	Giner Caro JA	0-868, 0-900
Gil de Arana Gutiérrez JJ	A-293	Giner Esparza MA	P-420
Gil de Haro B	A-1194	Giner Morales J	
Gil García B	0-2550	Giner Morales JM	A-1944, A-820, P-533, P-1258, P-1306, P-1999,
Gil Gómez FJ	P-1, P-1764	Giráldez Martínez P	A-1487, 0-2806
Gil Loayza DA	P-2810	Giraldo Pérez MJ	P-2015
Gil López C	P-389	Girbes Bresó J	P-243, P-1748, P-1749, P-1750, P-1751, P-1752, P-1753
Gil López J	P-473, P-1757	Gironés Bredy C	P-414, P-419
Gil López M	A-848, A-2584, 0-927, P-902, P-1279, P-1808	Gispert Ametller A	A-140, P-2511
Gil López S	A-1812, A-2706, P-1028, P-1802, P-1836	Gomáriz Martínez MA	P-486, P-1821
Gil Molet A	P-524, P-549	Gómez AV	P-2202
Gil Montes A	A-1274, A-1838, P-1843	Gómez R	P-59
Gil Montes F	P-2160	Gómez Alcalá A	P-2333
Gil Mosquera M	A-1267, A-1544, 0-296, P-163, P-1209, P-2059	Gómez Alcaraz J	P-999
Gil Pérez T	P-2060	Gómez Alcaraz MI	P-2621
Gil Rodrigo A	A-8, 0-1582, P-10, P-1277, P-2710, P-2805	Gómez Álvarez B	A-1868
Gil Rojo C	A-1120, P-1553, P-1644	Gómez Ara AM	A-2292
Gil Román JJ	0-979, 0-1019, P-1020, P-1483, P-1526, P-997	Gómez Barreda de la Gándara I	P-1076
Gil Rosa I	P-1720	Gómez Bastero Fernández C	P-2123, P-2129
Gil Sánchez A	A-1581, A-795, 0-799, P-1591, P-797, P-798	Gómez Beltrán M	P-2763
Gil Torres J	A-311	Gómez Bitrian J	0-833, 0-951, P-838, P-1832
Gilabert González N	A-44, A-2035, P-16, P-2531	Gómez Blanco A	A-195, P-660
Gilabert Mengod EM	P-1215	Gómez Cuenca EC	A-2606, P-390, P-393, P-1804, P-1805, P-2466, P-2575,
Giménez JI	A-1480, A-1738, P-1185, P-1679, P-1696, P-1720	Gómez de Diego A	0-1818
Giménez Fernández B	A-787, 0-95, 0-735, P-430	Gómez Díaz A	A-1533, P-1532
		Gómez Fernández E	A-2418, P-2425
		Gómez Franco M	A-2446
		Gómez Garcés J	0-1724, P-1730



ÍNDICE DE AUTORES

Gómez García E	P-371	Gómez Sadornil AM	P-160
Gómez García GM	A-547, P-482, P-517, P-542, P-543, P-544, P-1798	Gómez Sánchez C	P-1993
Gómez García L	P-417	Gómez Sánchez L	A-1700, A-2382, A-2397
Gómez García R	0-900, P-591	Gómez Santos P	A-2004, P-2572
Gómez Garrido C	P-753	Gómez Soler RJ	P-1932, P-2548
Gómez Garrido M	P-753	Gómez Suárez C	A-2132, A-2514
Gómez Gil D	P-538	Gómez Valtueña G	P-375
Gómez Gómez E	P-2554	Gómez Vargas J	A-2457
Gómez Gómez JM	P-729	Gómez Varón M	P-577, P-2200, P-2267
Gómez Gómez Mascaraque E	A-1190	Gómez Varón R	A-2262
Gómez González C	0-1235	Gómez Váron M	A-2262
Gómez Guerra R	P-1209, P-2059	Gómez Velasco C	0-603
Gómez Jiménez G	P-1714	Gómez Villares L	P-69
Gómez López MI	P-1601	Gómez Zafra L	A-42, A-563, P-1078, P-2199, P-2234, P-2723
Gómez Lozano M	A-2255, P-2395	González Acosta M	A-289
Gómez Marín JA	P-693	González Alemán O	A-1162, A-1166, A-2416, P-2384
Gómez Márquez M	A-1304, P-1316	González Amorós F	P-949, P-2025
Gómez Martínez L	A-2138, A-2697	González Arias A	P-364
Gómez Martínez M	P-801, P-1237, P-1263, P-1367	González Ariza B	P-351
Gómez Mascaraque F	0-463	González Armengol JJ	0-565, 0-566
Gómez Mendoza F	P-2333	González Bañuelos RM	A-89, A-2209, P-38, P-164
Gómez Mercader JM	P-776	González Barranquero A	P-2216
Gómez Molina A	P-753	González Barredo M	P-164
Gómez Panzuela N	A-2031, A-2145	González Barrera S	P-401
Gómez Pérez F	P-2564	González Bartol E	A-568
Gómez Pérez J	A-1191	González Bouzada N	P-2513
Gómez Pescoso R	P-2665	González Caballero A	0-1818
Gómez Prieto A	A-496, A-1853, 0-385, P-104, P-497, P-921 P-2450, P-2451, P-2498, P-2510, P-2808	González Caminero S	A-1420, P-546, P-1477, P-1806, P-2098, P-2119
Gómez Robledo J	0-621	González Canomanuel MA	0-550, P-509
Gómez Rodríguez L	P-945, P-1776, P-1780, P-1781, P-2646	González Carrasco M	P-607
Gómez Ruiz S	P-1400	González Casado T	P-402
		González Casanova B	A-1866, P-2478



ÍNDICE DE AUTORES

González Colino S	P-280	González Molina W	A-1695
González Conde L	0-982	González Morcillo I	P-524
González Cuevas E	P-2460	González Moreno A	P-2809
González de Abreu JM	A-73, A-1617, P-2776	González Mozo M	A-1372
González de Audikana A	P-1263	González Municio A	P-637
González de la Portilla C	A-134, A-1732, A-1741, A-2449	González Navarro E	P-655
González de Peña JP	P-38	González Navarro MD	A-1104, A-1930, A-1934, A-1952, 0-435, 0-436, P-443, P-1291, P-1615, P-229
González del Castillo JM	P-411, P-1204, P-1408, P-1553	González Olalla I	P-177
González Díez S	A-357, A-358	González Peredo R	A-1149, A-1518, A-2653, A-2654, P-369, P-370, P-592
González Falcón D	A-2771, P-1164	González Pérez MR	P-159
González Fernández CR	P-400	González Pimienta MJ	P-104, P-2498, P-2510, P-2808
González Fernández M	P-2748	González Pizarro A	P-381
González Ferrándiz P	A-1560	González Pozo C	A-1793, P-502, P-856, P-1792, P-1822
González Ferrer R	A-1560	González Prada I	A-1789
González Gallego I	A-2288	González Puebla NV	0-675, 0-2687
González García BE	A-2287	González Querejeta A	0-982, P-705
González García E	P-1221	González Ramón B	A-1962, P-1981, P-2461, P-2597
González García N	A-2215	González Riquelme I	P-1879
González Humbreiro JA	0-983	González Rodiles Heredia RE	P-873
González Jiménez CM	A-1880, A-1962, P-1859, P-2461, P-2597, P-2663	González Rodríguez A	A-2073, A-2075, 0-983, P-966 P-1447, P-2670, P-2681
González Jiménez P	A-1281, A-1958, A-2590, P-1003, P-1265	González Rodríguez D	0-640, 0-643, 0-658, P-618, P-2548
González León MJ	0-715	González Rodríguez J	A-525, A-527, P-526
González López B	A-2317, A-2318, P-1550, P-2364	González Rodríguez S	0-627, 0-658, P-770, P-1756, P-2539
González López C	P-469	González Ruiz M	P-3, 0-1770, P-1784, P-2721
González López M	A-139, A-1514, P-1556, P-2153	González Sabio E	0-1823, P-376
González Manzano I	A-112, P-736, P-987, P-1408	González Salazar G	P-892, P-894
González Martínez CM	P-2621, P-2623	González San Emeterio A	P-2376
González Martínez F	0-888, 0-1373, P-886, P-1975	González Sánchez A	P-498
González Martínez I	A-354	González Sánchez EM	P-752
González Mazario R	P-831	González Sánchez S	A-150, P-2451
González Mencia I	A-1431, A-1433, P-2574	González Sanchís A	P-1522
González Merayo M	A-1813		



ÍNDICE DE AUTORES

González Santamaría AR	P-689, P-786	Gracia Trallero O	0-529
González Silva Y	A-2297, P-113	Granados Laguna E	A-458, P-1096, P-2527
González Subiza S	0-437, P-569, P-2227	Granados Lajara C	A-139, A-1514, P-1556, P-2153
González Tapia MV	0-722	Grande Báñez S	0-2492
González Tejada J	P-1305, P-2610	Grande Frutos MJ	A-1149, P-592
González Tejera M	A-992, P-1987	Grasum A	P-400, P-699, P-1105, P-1777, P-1785, P-2721
González Torres LM	A-1193, A-1480, P-1679, P-1696, P-1720, P-2365, P-2436	Grasun E	P-1777, P-1785
González Vázquez C	P-1201	Grau Pérez M	P-1788
González Vila T	0-621, 0-658, P-1756	Grau Tost I	A-2000, P-970
González Vilas M	A-1487	Gregorio Alonso M	P-1220
González Yanes M	A-2446	Gregorio Echevarría E	P-1017
González Barranquero A	P-2756	Gregorio Molina S	A-1012, P-1050
González Caminero S	A-1282	Greoles Royo C	P-1508
González de Gor García-Herrera V	0-303	Greoles Valls C	A-513, A-515, P-514
González de Lara Romero P	P-2478	Griabal García M	A-553, P-1305
González González J	P-1347	Grima Campos L	P-234
González González JL	A-1873	Groba A	A-1709
González González L	P-1153, P-1501, P-1685, P-1686, P-2428	Gros Bañares B	P-1515, P-1520, P-1975, P-1990, P-1991, P-2077
González González R	P-889, P-1996	Grunewald Ortiz J	A-1498, A-1516, A-1789, P-1993
González-Baylín Monge ML	P-2127	Guallar Abadía A	P-664
González-Quirós Fernández P	A-495, A-2441, A-2496, A-2783, P-545, P-830, P-832, P-1262, P-1882	Guallar Sola P	0-58, P-366, P-841, P-869, P-872
Gonzalo Guerra JA	P-1445	Guardiola Tey J	P-1364, P-1366, P-1411
Gonzalo Moreno B	P-2748	Guarga Rojas A	0-382
Gonzálvez MD	0-868, P-1441, P-1677	Gubern Prieto P	A-2362, 0-2488, P-421
Gonzalvo Bellver E	A-918	Guerra García CM	A-755, A-1171, P-1172
Gonzalvo Navarro M	0-1579, P-1549	Guerra Hernández ME	A-2229, A-2534, P-132, P-1675, P-1722, P-2520
Gordo Bravo M	0-1019, P-398, P-1416, P-1483, P-1526, P-1534, P-1663, P-1664	Guerra Molina I	A-2198, P-1698, P-2385
Gracia Rodríguez O	P-2399	Guerra Romero A	P-2748
Gracia Velilla E	P-275, P-691	Guerrero Aparicio A	A-354
Gracia Velilla MR	P-275, P-691	Guerrero González MP	P-805
Gracia Velilla P	P-275, P-691	Guerrero Magadán R	A-685, P-2456





ÍNDICE DE AUTORES

Guerrero Márquez F	A-1741	Gutiérrez de la Varga L	A-1071
Guerrero Melle J	0-463, 0-621, 0-634, 0-640, 0-643, P-618	Gutiérrez Esteban G	P-1214
Guerrero Muñoz MC	A-481	Gutiérrez Fernández A	A-2514
Guerrero Ruso S	A-161, P-2122	Gutiérrez Fernández MJ	A-1275
Guerrero Vargas I	A-978	Gutiérrez Gabriel S	A-97, P-2473, P-2576
Guevara Jiménez S	A-851, A-852	Gutiérrez García A	A-1531, P-392, P-576, P-1530, P-2149, P-2150, P-2702, P-2703,
Guijarro Abanares S	P-2743	Gutiérrez García AM	A-2331, A-2375, P-100, P-1122, P-1128, P-1606, P-2329, P-2368, P-2731
Guila Ardila A	A-1942	Gutiérrez García C	P-177, P-729
Guillamón Candel R	P-176	Gutiérrez García P	A-2409, P-2258
Guillán Rodríguez M	P-873	Gutiérrez González A	A-1340, A-1363, A-1910, A-1911, A-1912, A-2132, P-1501, P-1915, P-2481, P-2673
Guillén Alabarce T	P-144, P-145, P-146, P-147	Gutiérrez Gosálvez IE	A-589, P-1733
Guillén Alfaro G	P-2582	Gutiérrez Madrid E	A-2223, 0-2186, P-1328, P-2187, P-2705
Guillén del Castillo A	P-2526	Gutiérrez Marigorta E	P-588, P-1704, P-1721, P-1998
Guillén González J	A-4, A-1067, P-1215, P-1748, P-1749, P-1750, P-1751, P-1752, P-1773, P-1819, P-1863, P-1864, P-2151, P-2559	Gutiérrez Martín R	P-1156, P-1716
Guillén Maldonado S	A-1840	Gutiérrez Martínez M	P-2002
Guilló Quilés E	P-439	Gutiérrez Parres B	0-485
Guinea Suárez R	P-417	Gutiérrez Pascual P	P-1759
Guirado Barjola E	A-1067, A-4, P-1819, P-1863, P-1864, P-2151	Gutiérrez Pesquera N	P-2561
Guirado Granados E	A-1362, A-1479, A-1947	Gutiérrez Pinilla M	A-656
Guirado Torrecillas L	A-1332, P-1924, P-1980	Gutiérrez Puertas B	A-1701, P-2389, P-2405
Guirao Salinas FA	A-601, A-1103, A-1612, A-2378, P-441, P-581, P-1182	Gutiérrez Raso MG	A-2136
Guix Camps G	0-1562	Gutiérrez Ruiz RC	A-953
Gutiérrez I	A-1576	Gutiérrez Zubiaurre JA	P-540
Gutiérrez Abril V	A-685, P-2456	Guzmán Ávalos A	P-2691
Gutiérrez Cantero L	A-1041	Guzmán Bolívar MP	P-1959
Gutiérrez Caracuel J	A-1761	Guzmán Carvajal M	P-1062
Gutiérrez Cecchini CI	A-916	Guzmán del Rosario D	P-2148
Gutiérrez Cuadra M	P-1400	Guzmán Martínez S	P-1277, P-2156, P-2192, P-2704, P-2712
Gutiérrez de Antonio M	A-1812, A-2706, P-1028, P-1802, P-1836	Guzmán Regalado M	A-2438, P-578, P-1697



ÍNDICE DE AUTORES

Guzmán Rentero J	P-261	Hernández Durán C	P-1081
Guzmán Rosario D	A-2081	Hernández Egido M	A-1371, A-2801
Guzmán Ruiz M	A-2089, P-824, P-829, P-1820, P-1852	Hernández Felices FJ	A-2255, A-2366, P-1186, P-1590, P-2395, P-2762
Guzmán Úbeda A	0-961, P-963	Hernández Fernández C	A-903, A-1938
H F MA	P-130	Hernández Gajate JM	A-89, P-38, P-411, P-1221, P-1408
H P E	P-1757	Hernández Galán JA	P-39, P-793, P-2566, P-2568
Hambardzumyan A	A-96, A-98, A-1519, P-1473, P-1729	Hernández Gamazo A	0-303
Haro Bosch A	0-1423	Hernández García G	P-1322
Haro Mellado N	A-150, P-1360, P-2450, P-2451	Hernández García L	P-214
Henche Espinosa JT	P-2107, P-2543	Hernández Hernández L	P-2574
Henriques Gil D	P-1655	Hernández Hernández ME	P-174, P-671
Heras V	P-734	Hernández Herrero M	A-2028
Heras Fernández V	A-1454, P-52, P-1214, P-1323, P-1995, P-2047	Hernández Labrot B	P-2727, P-2728
Heras Vicario M	P-2406	Hernández Limón L	A-589
Hércules Carvajal de Paz M	P-1653	Hernández López S	0-1579, P-1549, P-2461, P-2597
Heredero Rodríguez MA	0-766, P-638	Hernández Marcos A	A-916, P-933
Herencias Nevado A	A-1726	Hernández Marín F	A-1701, P-2389
Herguedas Sanz I	A-1760	Hernández Martínez C	A-199, A-212, A-218, A-1354, A-1927, A-1950, A-2678, P-875, P-1434, P-2083
Hermida Carbonell CM	P-1557	Hernández Martínez P	A-71, A-1041, A-1061, A-1061, A-1851, A-2173, A-2286, P-36, P-1040, P-1597
Hernáez Ventura E	P-319	Hernández Molina A	A-1332
Hernández P	A-1016	Hernández Moratalla J	A-1143, A-1481, A-1683, P-1147, P-2064
Hernández Allende R	A-2620	Hernández Moreno B	P-1472, P-2117
Hernández Arrondo I	P-1062	Hernández Muñoz I	P-2592
Hernández Bacardit A	P-46	Hernández Muñoz L	0-1373
Hernández Bezos S	A-96, P-1734	Hernández Olivares AL	P-2436
Hernández Cabrera S	P-346	Hernández Ontiveros H	P-536
Hernández Carrasco M	P-2810	Hernández Pérez E	P-473
Hernández Castell L	P-1412	Hernández Platero S	A-260
Hernández Castells L	A-2040, P-2007, P-2011, P-2570	Hernández Rodríguez A	A-1626
Hernández Comes G	A-820, A-1944, 0-1417, P-533, P-1258, P-1306, P-1999, P-2179, P-2180, P-2593	Hernández Rodríguez D	P-2079
Hernández de Francisco L	P-121, P-1476, P-1721		



ÍNDICE DE AUTORES

Hernández Ruipérez T	A-1332	Hidalgo Collazos C	A-34, P-32, P-33, P-1223, P-1241, P-1462, P-1771, P-1787, P-2555
Hernández Sánchez L	A-109, A-1010, P-214, P-476	Hidalgo García IM	A-1103
Hernández Sánchez M	P-672, P-698	Hidalgo Gil R	P-27, P-578, P-600, P-1173, P-1222, P-2092
Hernández Sánchez R	P-2596	Hidalgo Pérez AB	A-458, A-1870, P-1273
Hernández Tuda C	0-283, P-1796	Hidalgo Roldán T	A-332
Hernández Verdú T	A-1567, P-2280	Higa Sansone L	P-536, P-1217
Hernández de Francisco L	P-1704	Higuera Coca JM	A-855, P-2600, P-2786, P-765
Hernández Durán C	P-2324	Higueras García J	P-646
Hernando Fernández R	P-2376	Hijosa Basarte M	P-101
Hernando Mallol A	P-2100	Hinostroza Camposano W	0-1114
Herráez Rogero MI	0-675	Hita A	0-246
Herráiz de Castro C	0-888, P-886, 0-1373	Holanda Peña M	P-288
Herráiz Martínez MA	P-330	Holden Hernández M	P-1494
Herranz Martínez C	P-2567	Holgado Castell L	A-4, A-1067, A-1067, P-1215, P-1750, P-1752, P-1773, P-1819, P-1863, P-1864, P-2151, P-2559
Herrera A	P-2241, P-59	Holguín Mena CI	P-1305, P-1316
Herrera Castejón A	P-1124, P-1515, P-1520, P-2077, P-2775	Hortelano A	P-2679
Herrera Carcedo C	P-113	Huerta Badillo I	P-2333
Herrera Marinas A	A-34, A-1574, A-1575, P-33, P-570, P-571	Huerta Fernández M	A-1726, A-1942, P-1342, P-1347
Herrera Mateo S	0-2128, P-536	Huerta Rubio G	P-2593
Herrera Mendoza VA	P-1205, P-1207	Huertas López P	P-267
Herrera Pérez MM	P-967	Huertas Pérez M	0-750
Herrería Laherrán R	P-524, P-549	Huertas Roca M	A-1710
Herrero P	0-867	Huertas Sánchez MJ	A-1343, A-2688, P-988, P-1496, P-1924, P-2006
Herrero Antón RM	A-1982, A-1963, A-2630, P-938	Huesa Andrade M	0-2739, P-2742
Herrero Azpiazu A	P-101	Huesa Perales A	A-2138, A-2697, 0-440, P-2577
Herrero Montes C	P-1076	Hueso Picazo R	P-1505
Herrero Puente P	0-304, 0-979, 0-1114, 0-1356, 0-2796, P-1445, P-2794	Hueso Pinazo R	A-1015, A-2146, 0-750
Herrero Velázquez S	0-283	Humaid W	A-1454, P-128
Herreros Rodríguez J	P-19	Hurtado García C	A-1396
Hervás Olmos M	P-165	Hurtado Ponce G	A-1304
Hevia González JR	A-1425, A-1988, P-424, P-2003, P-2052		



ÍNDICE DE AUTORES

Hurtado Soriano R	A-1455, A-1701, P-2389, P-2405	Infantes Montiel A	P-2330
Hurtado Valls E	A-552	Infantes Ramos R	A-1839, P-1797
Iban Ochoa RM	P-1048	Ingelmo Madruga R	A-2635
Ibáñez Botella A	P-1914	Inglés Azorín B	P-2216, P-2756
Ibáñez Cano A	A-2292	Iniesta Pino I	
Ibáñez Castillo R		Iniesta-Pino Alcázar I	A-2255, A-2366, A-2444, P-306 P-1186, P-1590, P-2363, P-2395, P-2762
Ibáñez del Castillo R	A-34, A-1054, A-1056, P-59, P-570, P-571, P-1055, P-1564, P-2241, P-2750,	Iriarte Gómez J	P-809
Ibáñez Díaz JA	0-833	Iriarte Osa JM	P-826
Ibáñez Frías J	P-219, P-406	Iribarren Lorenzo PN	A-947, A-1871, P-1883, P-1886
Ibáñez López M	A-103, A-1151, A-1659, P-1005, P-1684, P-2126	Irigaray Osés E	P-258, P-2452
Ibarra Bolr A	A-360, P-101, P-793, P-1024, P-1025, P-2566, P-2568	Irimia A	A-2073, A-2075, P-966, P-1447, P-2670, P-2681
Ibarra Cuenca J	P-473, P-1757	Islán M	P-1268, P-1278
Ibarrola Bagué N	P-325	Issa-Masad Khozouz Z	A-978, P-966
Ibero Esparza C	A-925	Isturiz Abadía A	P-1024
Ichart Tomas JX	A-80	Iturbe Recasens F	A-149
Idoipe Rubio D	P-1093	Iturrate Soleto J	P-1551, P-1552
Igartua M	P-1499	Iturriaga Azkorra L	P-1239
Igeño Cano JC	P-409	Iturrioz Núñez I	A-247, P-245
Iglesias S	P-1204	Iza de Pablo J	P-6
Iglesias Clemente AI	A-2700, 0-1006	Izaguirre Díaz de Lezana D	P-15
Iglesias Escribano H	P-2549	Izquierdo Bonillo R	A-2635
Iglesias Lepine ML	P-364	Jacob Rodríguez J	0-867, P-341, P-404, P-1225, P-1280,
Iglesias Morales S	A-1313, A-1314	Jaén Cañadas L	0-427
Iglesias Oliva L	P-1105	Jaén Bedate E	A-326
Iglesias Rodríguez R	P-839	Jaén Cañadas M	P-432
Iglesias Sáinz AL	A-747, P-1017	Jaén Conde JJ	A-1361, P-1393
Iglesias Vela M	P-2563	Jaén Vera MA	A-2073, A-2075, P-966, P-1447, P-2670, P-2672
Iizarbe Ucelay I	0-614, 0-767, P-216, P-2544	Jaime Azuara M	P-2338
Incera Alvear I	A-1518, A-2654	Jaldo Sánchez A	A-1490, P-1456
Inchaurza Hernández E	0-982	Jannone Pedro N	P-967
Infantes Martín B	P-1268	Jarabo López Y	P-988, P-1496



ÍNDICE DE AUTORES

Jaramillo Martín I	P-409	Jiménez Hijosa E	0-614, 0-767
Javaloyes Victoria P	P-1277, P-2156, P-2704	Jiménez Hornos MD	A-1873
Javierre Loris MA	A-534, A-2484, P-1022, P-1124, P-1401, P-1888, P-1943, P-1991, P-1994, P-2077, P-2343, P-2775	Jiménez Jiménez G	P-1288
Jerez Basurco B	A-2771, P-1164	Jiménez Jiménez JJ	P-618
Jijón Medina K	P-1062	Jiménez López J	0-631
Jimena García M	A-472, A-481, A-1762, P-1747, P-1763, P-2116, P-2543	Jiménez López R	A-72, A-2274, P-2429
Jimena López A	A-1459	Jiménez López Y	P-2376
Jiménez P	P-1079	Jiménez Martín JM	A-2595, P-2594
Jiménez Alfonso A	A-1061, P-2162	Jiménez Martínez L	A-186, A-188, A-313, A-326, A-327, A-456, A-467, A-468, P-152, P-166, P-454
Jiménez Baena D	A-2586, P-1096, P-1273, P-2527	Jiménez Méndez C	A-30
Jiménez Bretones Z	A-1484, A-1574, A-1575, A-2110, P-1462	Jiménez Meoro M	0-246
Jiménez Cabrera R	P-803, P-804, P-2611	Jiménez Mérida MDR	P-153
Jiménez Carrasco C	A-2595, P-2594	Jiménez Morillas F	A-1544, 0-296
Jiménez Carrilero V	P-1346	Jiménez Parras M	A-488, A-905, A-1290, A-1878, A-2499, A-2629, P-40, P-1887
Jiménez Carrillo I	P-2160	Jiménez-Peña Mellado D	A-2677, P-2664, P-2666
Jiménez Casado MM	P-1036, P-1080, P-1232, P-2166, P-2351, P-2402, P-2571	Jiménez Perales S	A-755, A-1171, P-1172
Jiménez Castro D	0-1250	Jiménez Pires AM	0-448
Jiménez Díaz G	0-928, P-2047	Jiménez Redondo M	P-1346
Jiménez Fábregas FX	0-2550	Jiménez Rodríguez J	P-153
Jiménez Fraga MN	P-1883, P-1886	Jiménez Ruiz E	A-1857, A-2615, P-1884
Jiménez Fraile JA	P-728	Jiménez Sánchez A	A-1361
Jiménez Gallego RM	P-2478	Jiménez Santana MI	0-564, 0-565, 0-566, P-57
Jiménez García B	A-70	Jiménez Val CL	A-1372
Jiménez Garzón V	A-1354, A-1927, P-875	Jiménez Velasco I	P-2358
Jiménez Garzón VA	A-2678, P-1434, P-2083	Jiménez Zamora S	A-1369, P-892, P-894
Jiménez Guerrero J	A-1517	Jiménez Zurita P	A-478, P-507
Jiménez Hernández S	0-120, 0-1474, 0-1475	Jimeno Asensio M	0-1818
Jiménez Hidalgo C	A-78, A-82, A-1992, 0-508, P-68, P-870	Jimeno Lecina E	P-367, P-702
Jiménez Hidalgo MR	P-1919	Jodra Pérez J	0-58, P-366, P-869, P-872
		Jodra Pérez JA	P-976
		Jofresa Iserte S	A-2443, P-1131
		Jorge Huertas L	P-593

ÍNDICE DE AUTORES

Jorge Martín A	P-233	Krivocheya Montero JM	A-472, A-481, A-773, A-1198, A-1200, A-1762, A-2540, A-2655, P-470, P-537, P-782, P-1201, P-1747, P-1763, P-1783, P-2107, P-2116, P-2543
Josa Laorden C	P-944	Krompiewski Fernández A	A-2138, A-2697, P-2577
José Alcaide L	P-264	L C B	P-520
Jose María de la Casa P	P-2799, A-262	L M C	0-616
Jover García J	P-1203, P-1485	Labajo Montero L	A-960, P-2663
Jover Sancho C	P-352	Labaka Arrate I	A-2765
Joya Seijo MD	P-1509	Labrador Hernández MJ	P-2752, P-2753
Juan Andrés M	A-2214	Labrador San Martín N	A-44, A-2035, P-16, P-2238, P-2531
Juan Espert F	A-1938, A-903	Lacalle Remigio JR	0-744, 0-745
Juan Gámez MA	A-383, A-503, A-863, A-2066, P-1403, P-936	Lacasta D	A-80
Juan Palmer R	0-309	Lacasta Beltrán L	P-615
Juanes Toranzo F	A-1065, A-2143, A-2210, A-2211, A-2717, P-2231, P-2233, P-2326	Lacasta García JD	A-1313, A-1314, P-1288, P-1312
Juárez Barillas FJ	A-2781, P-2399	Lacoste JB	A-851, A-852
Juárez de Sosa S	P-1993	Lacoste O	P-2495
Juárez González R	P-2591	Lacunza González A	P-775, P-2545, P-2546
Junco García A	A-2090	Ladaluze Pelligra V	A-2328
Junquera Alonso U	P-736	Lafuente Salanova FM	A-1738
Junquera Vega L	P-5	Lagares Alonso J	P-2532
Jurado Gallardo C	A-1136, A-2528, P-1064, P-2342, P-2724	Lagares Santana E	A-1271, A-1402, A-1451, A-2503, P-968, P-1449, P-1989, P-2585
Jurado García L	P-1173	Laguia Almansa L	P-390, P-393
Jurado Ordóñez J	A-1619, A-2278, A-2633, P-2769, P-558	Laguna Cardenas C	A-29, P-1057, A-1100, A-1102, A-1535, A-1563, A-1671, A-2195, A-2209
Jurado Otero M	P-110, P-2588	Laguna Carrero A	A-913
Jurado Sánchez MA	P-637	Lahoz Rodríguez D	P-1413, P-1457, P-1986, P-2118, P-2648
Jurado Serrano J	0-1497, 0-1687, P-1688	Lain Teres N	P-239, P-344, P-835, P-1841, P-1990
Jurío Burgui JJ	P-2152	Lakhani Hathiramani N	P-595
Justo Morato S	0-463, 0-621, 0-640, P-618, P-1756	Lamas Fernández I	A-157, P-314, P-331, P-450
Justribo Sánchez E	P-1062	Lamban Ibor E	P-2648
Juvany Roig R	P-404	Lameirao Gaspar J	0-1497, 0-1687
Khandji Aslan HG	P-138	Lameirao Gaspar J	P-1688
Kops Aguilera C	P-673		
Kreidler Rivero N	A-149		
Krivocheya Montero A	A-1198, P-1201, P-1783		



ÍNDICE DE AUTORES

Lamigueiro Merino A	P-1883, P-1886	Laurenti Gómez M	A-1693
Lamiquiz Ramila K	P-1228	Lax Hernández A	A-1736
Lana Pérez A	0-2796, P-2794	Lázaro Aragues P	A-2440, A-2447, 0-305, 0-895, 0-1095, P-306, P-2411
Lana Soto R	P-516	Lázaro del Nogal M	P-516
Landaluce Pelligra V	A-1101, A-1572, A-2276, A-2341, P-2167	Lázaro Giménez I	A-276
Langarita Falcon B	P-178	Lázaro Giménez Y	P-655
Lanz Lozano A	A-2136	Lázaro González J	A-30
Lapuerta Corchon L	P-2462	Lazarte Lizón G	A-2295
Lapuerta Irigoyen L	A-522, A-2445, 0-58, P-366, P-840, P-869	Lazcano Zubeldia I	A-709
Lara Cabeza F	P-897	Lazzari R	0-1507
Lara Cachinero P	P-1222, P-2055, P-2092	Lea Pereira MC	0-935, P-281, P-287
Lara Carbo B	P-673	Leal Cebrecos J	P-352
Lara Fernández A	P-2159	Leal Gutiérrez C	P-889
Lara Lara JG	P-119, P-1121, P-1733, P-2326	Leal Reyes G	P-2016
Lara Nieto J	A-149	Lebrero Villar D	P-1649
Lara Ramiro A	P-942, P-943	Lechuga Martos JL	A-93, A-1120, 0-2189, P-1033, P-1328, P-2164
Lara Torres M	0-1770, P-400	Leciñena Esteban MA	0-2463, P-1959
Laresna del Gallego C	A-684	Leco Gil N	A-932, A-1398, P-1350, P-2069
Larrazábal López J	P-1017	Legaz Moreno E	0-2798
Larre Muñoz MJ	A-820, A-1944, P-533, P-1258, P-1306, P-1999	Lema Alba J	P-1654
Larrondo Pamies S	P-1245	Lemée Ramírez S	P-1698, P-2385
Las Heras Gil AC	P-2227	León Arévalo I	P-803, P-804
Lasala Alastuey M	P-2744	León Arguero V	A-795, A-1071, 0-799, P-797, P-798
Lasarte Iradi JR	A-462	León Caicedo N	P-2683
Laserna del Gallego C	P-316, P-317, P-268, P-338, P-343, P-2319, P-2755	León Jiménez D	0-567, P-941
Laserna Rodríguez C	P-136	León Martín C	0-644
Laso Lucas E	P-2494	León Medina A	A-1135, P-2228
Latorre Palazón M	A-1740, 0-1645, P-575, P-1168 P-2108, P-2733	León Quesada B	P-2665
Latorre Villena S	P-2763	León Ruiz A	P-1885, P-2264
Lau Cheng A	P-1319	León Santos MR	A-965, P-2621, P-2623
		León Serrano C	P-516



ÍNDICE DE AUTORES

Lería Sánchez B	P-909	Llobet Pina C	A-80, A-519, A-1926, P-388, P-518, P-1348, P-1913,
Lerín Baratas M	0-429	Llombart Calvet S	P-666, P-717
Les González J	0-703, 0-715	Llopart I	A-1102
Letona Giménez L	P-1986	Llópez Espinós P	A-1300, A-1954
Leza Acha MA	P-101, P-2566, P-2568, P-39	Llopis García G	0-895, 0-1095
Liébana Presa C	P-268	Llopis Roca F	P-1280
Liévano Segundo P	P-1703	Llor Zaragoza P	A-1690, 0-1645, P-118, P-1661, P-1662, P-446
Lillo Moreno C	P-538	Llorca Picó MA	P-2225
Linares Cacho D	P-2663	Lloreda Surribas M	P-839
Linares Cacho DE	A-1880, P-1859	LLorens P	0-867
Linares Gancedo J	P-17, P-18	Llorens Soriano P	0-979, P-2805
Lindarte Sánchez BL	A-70	Llorens Torres P	A-787
Lindo Noriega AR	A-2701, P-791, P-834, P-1219, P-1766, P-1827, P-2564,	Llorente Álvarez S	0-562, P-587
Lino Montenegro E	A-1535, A-1671, A-2738, P-757, P-1675, P-1784, P-2721,	Llorente Rojo AC	A-2008, A-2374, P-114, P-1156, P-1795
Lino Montenegro EA	A-1100, A-1102, A-1287, A-1851, A-2339, P-2235, P-2244	Lloret García P	P-240, P-465
Liñán López M	A-2581, P-371, P-386, P-1463, P-1464, P-1990, P-2084, P-2087, P-2554,	Lobo Cortizo I	A-2294, 0-304, 0-1019, 0-1114, P-397, P-1483, P-1534, P-2777
Lisa Gracia M	A-1407, P-400, P-1318	Lobo Rodríguez MT	P-236
Lisca Pérez S	A-1287	Lois Rodríguez M	P-391, P-442
Lisón Almagro M	P-176	Lombardi A	A-1135
Litago Cortés AI	P-991	Longo Alonso C	A-1009, P-1145, P-1566
Lizandra Mora PJ	P-2544	Lopes Garzón P	P-351, P-423
Lizardo Sangiovanni BM	A-2655, P-537	Lopetegui Eraso P	P-417, P-1239
Lizaso Arruabarrena MJ	P-1024, P-1025	López L	P-2477
Lladós Bertrán G	0-1562, P-1276	López M	P-646
Llamas Fernández N	A-2023, A-2346, A-2396, P-1152, P-2424	López Aguilar MM	P-2671
Llamas Marcos C	P-160	López Alarcón C	A-1188, A-1731, A-2393, P-2390, P-2391
Llaneras J	0-1636, 0-2305, P-1074	López Albarrán Y	A-954, A-962, A-975, A-1174, A-1524, A-2695, P-891, P-1444, P-1448, P-2053
Llaneras Artigues J	A-2109, A-2362, 0-2488, P-2526	López Alonso A	A-1009, A-2515, P-268, P-1059, P-1145, P-1566
Llerena Teruel JJ	P-213	López Altimiras X	P-540



ÍNDICE DE AUTORES

López Álvarez L	P-1608	P-2235, P-2778
López Amat R	P-606	
López Arqueros J	P-1786	
López Ballesta C	A-1194, A-2374, P-114, P-1716	
López Barbeito B	0-883, 0-885	
López Barrios A	P-1918	
López Benítez B	P-596	
López Berrocal E	A-901, A-912, A-1359, P-1351	
López Blasco M	0-1417	
López Ble R	A-2193	
López Brasal L	P-2161	
López Bustelo JA	P-2096, P-2100	
López Cabeza N	P-219, P-316, P-317, P-374, P-375, P-406, P-413	
López Canela A	P-248	
López Cano M	A-1533, P-1532	
López Cañas B	A-1395, P-973, P-2049, P-2650	
López Chollet A	A-1369, A-2081, P-2148	
López Chousa M	A-1513	
López Chozas JM	P-444, P-580	
López Corcuera L	0-429	
López Cruz MA	A-172, A-190, A-191, A-195, A-2455	
López de Rego García-Arquimbau S	P-2161	
López Defillo JL	P-132	
López Delgado L	A-60, A-2620	
López Díaz MR	A-1362, A-1479, A-1947	
López Díez D	P-711	
López Díez P	0-874, P-181, P-183, P-777, P-1326, P-1889	
López Escudero S	A-2438, P-1697	
López Escuin J	A-555, P-1643	
López Fernández A	A-519, P-388, P-629	
López Fernández D	A-2738, P-1646, P-1675,	
López Fernández I	A-1135, 0-1417, P-2649	
López Fernández JM	P-2107	
López Fernández V	A-2043, P-2646, P-945	
López Fernández-Roldán A	P-337	
López Galindo MP	P-933	
López García M	A-1065, A-2210, A-2211, A-2717, P-2231	
López García MA	P-808, P-1714	
López García MD	A-2698	
López García N	A-285, 0-718, P-480, P-706	
López Gisbert P	P-2179, P-2180	
López Gomáriz A	P-712	
López González J	A-2360	
López González R	A-102, A-1512, A-2136, P-1345, P-2674	
López Gosling I	A-910, P-2683	
López Gracia N	A-490	
López Grima M	A-503, A-863, A-2066, P-936, P-1403	
López Hernandez A	P-419	
López Hernandez I	P-419	
López Hernández M	A-289, A-1294, A-1304, 0-688	
López Herrero E	A-859, A-1297, P-48, P-49, P-1392	
López Iborra L	P-275, P-691	
López Isidro I	P-2569	
López Izquierdo R	A-89, 0-296, P-164, P-411, P-736, P-1004, P-1133, P-1221, P-1406, P-1408, P-1651, P-1652, P-2002, P-2078, P-2258, P-2693	
López Jarrod ML	A-332	
López Laguna MN	A-925, P-569, P-2227	
López Lallave S	A-142, A-1054, A-1286, P-1055	
López Llerena A	A-1190, A-1726, A-2637, P-2434, P-2779	
López-Lomba M	0-1724, P-1730	



ÍNDICE DE AUTORES

López López A	P-662	López Sánchez R	P-1739, P-1777, P-1785
López López F	P-1413	López Seijas CS	P-1825
López López M	P-128, P-1322, P-1323, P-1995	López-Sidro López M	A-2637
López López MA	A-1454, P-52, P-734, P-1214, P-2047	López Suárez JM	A-1695, P-444, P-580
López López MP	A-79	López-Tappero Irazábal L	P-2106
López López S	P-693	López Tarazaga AB	A-2297, P-1406
López Márquez I	P-117	López Tello AI	P-1919
López Martín A	A-1560	López Tens P	A-2229, A-2738, P-132, P-1126, P-1646, P-1675, P-1722, P-2235, P-2244, P-2337, P-2376, P-2520
López Matas M	0-1507	López Tomás E	0-309, P-307
López Menéndez L	A-779, A-1189, A-2782, 0-964, 0-1426, 0-1469, P-778, P-1020, P-1526, P-1534, P-1609, P-2777	López Uzquiza E	A-1149, A-1518, A-2654, P-592
López Morales JR	A-1837	López Valcárcel M	P-2732
López Ortiz F	P-2743	López Valcárcel R	A-1354, A-1950, A-2678, P-875, P-1434, P-2083
López Pardo M	A-1015, 0-750, 0-761	López Valtierra ME	A-475
López Paredes C	P-294, P-1382	López Varas MA	A-2249
López Paterna J	0-735, 0-95	López-Villalta Garcés JM	P-728
López Pelayo I	P-426	López Villar C	P-2764
López Pereira F	P-638	López Zacarez S	P-20, P-2709
López Pérez E	P-274, P-344	Lora Coronado P	A-857, A-1295, A-1857, A-1955, A-2615, P-828, P-1292
López Pérez JJ	A-1480, A-1738, P-1185, P-1679, P-1696, P-1720	Lorca Gutiérrez R	P-5
López Picazo A	P-469	Lorca Serralta M	A-910, A-931, A-1939
López Picazo RP	P-469	Lorente Bajo V	P-346
López Prada B	A-1813	Lorente Cànoves A	P-1050
López Pujol M	0-883	Lorente Fernández L	P-629
López Ramos E	A-992, P-1987	Lorente Ros A	P-2468
López Redondo JC	P-651	Lorenzelli Recuero C	0-623
López Ríos CM	A-854, A-1269, A-1293, A-1856, A-1860, A-2602, P-1791	Lorenzo Álvarez R	P-2159, P-2160
López Riquelme P	P-889, P-1996	Lorenzo Zapata MD	P-1284
López Ruiz E	A-547, 0-1113, P-517, P-544, P-542, P-543	Loriente Martínez C	A-553, P-1305
López Sánchez A	A-855, A-901, A-912, A-1359, P-1351, P-1890, P-2055, P-2074	Losa Pérez-Curiel M	A-1625, A-2294
		Losada Loriga R	0-650, P-200
		Losada Ruiz S	0-1373, P-886



ÍNDICE DE AUTORES

Loscos Marco J	P-412	Lumbreras Manjón D	P-2224
Louzao Abellás L	P-1153, P-1685, P-1686, P-2428	Luna Avilés MD	P-239
Lozano Ancín A	A-2208	Luna Guerrero MD	P-929
Lozano Barrios A	P-233	Luna Valero MI	A-1743, P-2435
Lozano Carro N	A-190, A-191, A-195, A-2455	Lupiáñez Seoane P	P-1045, P-1046
Lozano Espinosa M	A-2688, P-1496, P-1924, P-1980	Luque Gutiérrez M	A-850
Lozano Gomáriz MA	P-2060	Luque Hernández MJ	P-729
Lozano Hernanz B	A-1083	Luque Sánchez FJ	P-21, P-22, P-23, P-24, P-25, P-26, P-1393
Lozano Jiménez M	P-988	M D C	P-896
Lozano Mejorada R	A-2044, P-1435	M P A	P-41
Lozano Olmo L	A-489	M P C	P-520, P-896
Lozano Polo L	O-2128, P-1682, P-536	Macarrón Carro J	A-1709
Lozano Polo R	P-1682	Machado Reyes A	P-17, P-18
Lozano Romera L	P-558	Machí Lorente L	A-2273
Lozano Romero L	A-1619, A-2278, A-2633, P-2769	Machín E	A-1371
Lozano Torrubia N	P-1703	Machuca Calvo D	A-1709
Lozano Vicente A	A-842, A-844, P-802, P-846	Macías Casanova RP	O-1261, P-1257
Lubián Martínez M	P-933	Macías Jiménez M	A-556
Lucas Aroca D	A-1052, A-1855, A-2204, P-426, P-853, P-1289, P-1858	Macías López AJ	A-2210, A-2419, A-2617, A-2717, P-119, P-1704, P-2231, P-2233, P-2361
Lucas Aroca PR	A-1052, A-1855, A-2204, P-426, P-853, P-1289, P-1858	Macías Martín S	A-1812, P-1802
Lucas Galán FJ	A-1713, A-2283, O-1021, P-2097, P-2732	Macías Robles MD	A-109, A-1106, A-1010, P-476, P-554, P-2458
Lucas Guarque I	P-712	Maciel Pereira R	A-1313, P-1312, P-2682
Lucas Imbernon FJ	A-1372, O-1021, P-362, P-2097	Madariaga Ordeñana I	P-1355, P-1415
Lucas Lerga FJ	A-360, P-793, P-1025, P-2566, P-2568	Madero Velázquez S	P-1164
Lucas Tomás I	A-1012, P-1050	Madoz Zubillaga E	A-2344
Lucena González MJ	A-2193	Madrid Ferreiro V	A-1362, A-1479
Luengo Alarcón M	A-1620, P-1092, P-2423	Madrid Ferreiro VM	A-1353, A-1947, P-1681
Luiña Madera A	A-2215	Madrigal M	A-696
Luis Martín EC	P-409	Madrigal Valdés JF	A-2637, P-130, P-1347
Lull Sala JA	O-1492	Maestre Orozco T	A-60, A-2620
Lumbreras Castillejo MA	A-313, P-455	Maestro Gilmartín LM	P-302, P-1345, A-1512, A-2136



ÍNDICE DE AUTORES

Maestro González A	P-2791	Marbán Macarrón A	A-1866
Magallanes Gamboa J	P-2591	Marcelo Calvo C	A-2322
Magallón Puy JA	A-553, P-1305	March Bono M	A-1135
Magán Martín AI	P-208, P-209	March Domingo M	A-1357, A-2000, P-970
Maganto Sancho A	P-1206	Marchán López A	A-1042
Maguiña Guzmán M	P-402	Marco Berna A	A-1188, A-1731, A-2393, P-2390, P-2391
Maiques Tobías E	A-556	Marco del Río J	P-362
Majo Fierro T	A-1945, A-1946, A-1949	Marco Hernández J	P-2533
Maldonado Hermoso G	A-2606, P-48, P-49, P-1392	Marco Juan M	P-243
Maldonado Pérez ME	A-859, A-1297	Marco Moreno I	P-1032
Maldonado Santiago AM	A-1849, A-1862, P-1251, P-1253, P-1834	Marcos Alba J	P-1602, P-2491, A-103
Mallo Pérez J	P-265, P-267	Marcos Alonso M	0-630
Mallor Giménez F	A-360	Marcos Fernández F	A-525, A-527, P-526
Maloparac S	A-1272, P-379	Marcos Íñiguez A	P-175
Malvar González S	P-314, P-331, P-450	Marcos Sánchez F	P-2591
Manclus Montoya L	A-4, P-420, P-1202, P-1203, P-1215, P-1485, P-1773, P-1819, P-2151, P-2559	Marcos Sánchez I	A-1812, A-2706, P-1028, P-1802, P-1836
Mandingorra Giménez J	P-403	Marcote Denis B	A-2416
Mangas Ramírez S	A-2633	Marcote Ibáñez C	A-1407
Manjarres Henríquez F	A-2081	Marcotte Denis B	A-1166
Mantiñán Vivanco I	A-2339	Marí Lopez A	A-519, A-1926, A-2624, P-388, P-518, P-1348, P-1913, P-2682
Manzano Domínguez P	0-194	Marí Silva C	A-910
Manzano Rodríguez I	P-2200	María Ángeles GA	A-2780
Manzano Rodríguez R	A-2262, P-577, P-2200, P-2267	Marimón Cortés J	P-662
Manzul Rojas P	A-2457, P-1854, P-2553	Marimón Xamena MA	P-628
Mao Martín L	A-1212, P-541, P-2692	Marín M	P-1320
Maqueda Martín M	P-460	Marín Arranz E	P-1879, P-2006
Marabé Carretero G	P-2692	Marín Arriazu S	P-2452
Marambio M	P-2477	Marín García AB	P-2365
Maraña Pérez M	P-1226	Marín Luján C	P-1325
Maraver Anglés L	P-1643	Marín Martín J	A-226, P-223, P-225
Maraví Álvarez L	A-2344, A-2521, P-2152, P-2516	Marín Martínez JM	A-1343, A-2457, P-849, P-1854, P-2553
Maraví Artieda P	A-707, P-156, P-661, P-700		



ÍNDICE DE AUTORES

Marín Ramírez A	A-653, 0-769, P-654	Martín Calderón JL	P-2460
Marín Romero S	A-2449	Martín Campos N	P-700
Marín Vega MC	P-2099, A-418	Martín Cantarero A	0-2550
Marinero Noval C	0-304, 0-1019, 0-1114, P-397, P-997, P-1534,	Martín Caravante S	P-504
Marínez Martínez V	A-456	Martín Cascó A	A-2255, A-2366, P-1186, P-1590, P-2395, P-2762
Marino Genicio R	0-979, P-532, P-1914	Martín Casquero T	P-430
Maritza M	P-363	Martín Cerezo X	P-144
Mármol Tardáguila MI	A-202	Martín Conty JL	0-263, 0-686, 0-688
Maroto Rubio M	0-50, P-51, P-54, P-56, P-57	Martín de Francisco AL	P-2406
Maroud Eid CH	P-1522	Martín de Rosales T	A-2397, A-2771, P-1164
Marqués Vilallonga A	P-421, P-422	Martín de Rosales Cabrera MT	A-1700
Marqués Sánchez V	P-946	Martín Díaz N	A-1193, P-129, P-2431
Márquez Algaba E	A-2109	Martín Echevarría E	0-784, P-1669, P-2357
Márquez Fernández A	P-1268	Martín Esteve IM	A-727, A-887, A-1940, P-1491, P-2622
Márquez Serrano F	P-1173, P-2092, P-600	Martín Fernández M	A-1071
Marquina Arribas V	A-8	Martín Fonseca R	P-2609
Marquina Cortés A	A-2771	Martín Galán A	P-424
Marquina Peralta O	A-205, A-251, A-333, P-523	Martín García N	P-2436
Marrón Tundidor R	P-1991	Martín González R	0-623, 0-642
Martakoush María A	P-809, P-1230	Martín Grutmancher F	A-1335
Marténeiz Ramírez A	A-852	Martín Horcajo R	A-332
Martí Blázquez A	P-1062	Martín Iborra R	A-1063, A-1127, P-1259, P-831, P-877, P-1119, P-2336
Martí Company N	P-364	Martín Jiménez ML	P-2165
Martí Puyol J	P-2504	Martín López B	P-628
Martín FJ	P-1079	Martín López J	P-628
Martín Acero MT	P-197, P-389	Martín López M	A-161
Martín Aires A	P-104, P-162, P-1360, P-2450, P-2451, P-2498, P-2510, P-2808	Martín López Y	P-628
Martín Albacar C	P-2613	Martín Marcos M	P-2243
Martín Alonso N	A-1286, A-142, A-975, P-2776	Martín Martín A	P-516, P-2480
Martín Álvarez F	P-2626, P-938	Martín Martínez A	0-806, 0-917, P-889, P-1996
Martín Álvarez M	A-1481, A-1683, P-1147, P-2064	Martín Mendoza D	P-394
Martín Bosque I	A-262		



ÍNDICE DE AUTORES

Martín Mojarro E	P-1245	Martínez A	P-1325
Martín Mora JM	A-2676, P-386	Martínez O	P-2241
Martín Ordóñez EM	A-2073, A-2075, P-966, P-1447, P-2670,	Martínez Agüero M	A-93, 0-50, P-51, P-53, P-54, P-56, P-57
Martín Páez A	A-1451, A-2503, P-968, P-1449	Martínez Alcaraz A	P-753
Martín Pellicer A	A-9	Martínez Álvarez C	P-521
Martín Pellus C	A-918, A-971, A-1395	Martínez Álvarez R	P-1205, P-1207
Martín Peñuela J	P-2265	Martínez Álvarez S	P-1975, P-1990
Martín Pérez A	A-1935, 0-365, P-2471, P-865	Martínez Antequera D	A-1622, P-2239, P-2242
Martín Pérez B	0-2497	Martínez Ardil I	P-591
Martín Quirós A	A-295, A-2322, 0-194, P-294, P-1382	Martínez Astudillo R	A-260
Martín Reyes D	P-665, P-667, P-668, P-669	Martínez Ávila JM	A-1484
Martín Rodríguez F	0-263, 0-686, 0-726, P-721	Martínez Barreira B	P-1825
Martín Rol D	0-749	Martínez Barroso K	P-1051
Martín Ruiz JF	A-2023, A-2346, A-2396, P-1152, P-2424	Martínez Bausela J	P-219, P-317, P-338, P-374
Martín Sánchez FJ	A-93, A-1545, A-1578, 0-564, 0-565, 0-566, 0-867, 0-895, 0-924, 0-979, 0-1095, 0-2186, 0-2189, 0-2251, P-378, P-999, P-1328	Martínez Betancourt DP	P-1201
Martín Sánchez M	A-2210, A-2419, A-2617, A-2717, P-588, P-594, P-119, P-1121, P-1998, P-2231, P-2233, P-2326, P-2361	Martínez Burgos T	P-330
Martín Suárez A	A-1767, P-280, P-1213, P-1774	Martínez Cabrera F	A-2317
Martín Tarragona A	P-558	Martínez Cabrera FJ	A-2318, P-1550, P-2364
Martín Tomero N	0-184	Martínez Cámara A	A-1043, A-2181, A-2341, P-1058, P-1075
Martín Ureste I	A-1433	Martínez Campreciós J	A-2109, A-2362
Martín Urrialde JA	P-638	Martínez Carramiñana MJ	P-69
Martín Vallejo M	P-892, P-1914	Martínez Castellón J	A-1826, P-2610
Martín Vicente J	P-182	Martínez Cuéllar N	P-350
Martín Vicente MH	P-274	Martínez Cutillas MJ	A-1736
Martín Sonseca Rodríguez AL	P-52, P-734, P-1995, P-1214, P-2047	Martínez de Pinillo Sánchez V	P-2016
Martín Sonseca A	P-1322, P-1323	Martínez Delgado S	P-2077
Martín Vivaldi Jiménez A	A-2581, P-2599, P-2614	Martínez Díaz A	A-1300, A-1954
Martinetti V	P-377, P-446, P-1599	Martínez Díaz I	A-760, A-1629, P-759, P-2320, P-2321
		Martínez Díaz JJ	0-868
		Martínez Díaz MP	A-1629
		Martínez Díaz P	A-760, P-20, P-2320, P-2321
		Martínez Diz S	A-2581, P-2599



ÍNDICE DE AUTORES

Martínez Esquiroz C	A-2344	Martínez Marco MT	P-1649, P-2202
Martínez Fernández JL	P-5, P-1503	Martínez Maroto T	A-1101, A-2276
Martínez Fort M	A-1282, P-1477, P-1806, P-2098	Martínez Martínez JI	P-524
Martínez Galán L	A-2360	Martínez Martínez L	P-320
Martínez García A	A-2392, P-646, P-2394	Martínez Martínez M	A-2255, A-2366, P-1186, P-1590, P-2395, P-2762
Martínez García L	P-238	Martínez Martínez V	A-186, A-188, A-313, A-326, A-327, A-467, A-468, P-152, P-166, P-454, P-455
Martínez García P	P-2123, P-2129	Martínez Mas A	P-1441, P-591
Martínez García S	A-1702, P-697, P-776	Martínez Medel J	A-534
Martínez Gestoso S	P-1153, P-1685, P-1686, P-2428	Martínez Mengual BM	A-1275, A-1425, A-1988, P-14, P-424 P-1506, P-2003, P-2052, P-2662
Martínez González I	A-199, A-212	Martínez Molina S	A-1407
Martínez Guerrero JN	A-2698	Martínez-Moratalla de La Prida M	A-552
Martínez Gutiérrez A	P-840, P-841	Martínez Moreno MA	P-221
Martínez Herráez MR	P-1413, P-1457, P-1515, P-1986, P-2118, P-2648	Martínez Muñoz C	0-1423, P-1280
Martínez Ibán M	A-2515	Martínez Nadal G	P-2533
Martínez Ibáñez M	A-1097, A-1742, P-576, P-1094, P-1122, P-1604, P-1606, P-2731	Martínez Navarro N	A-742, P-46, P-1759
Martínez Illera J	P-1993	Martínez Nicolás I	0-1349, P-377
Martínez Isasi S	P-279, P-622	Martínez Olaizola P	P-1355, P-1415
Martínez Izquierdo M	P-2507	Martínez Ortega N	A-1941
Martínez Jiménez A	P-2405	Martínez Ortiz de Zárate M	P-1355
Martínez Lago M	P-2119	Martínez Otón JA	P-849
Martínez Lara C	P-1795	Martínez Oviedo A	P-210, P-214
Martínez Lara M	P-737	Martínez Peguero J	P-2466
Martínez Lasheras MB	0-784	Martínez Pérez J	A-2606
Martínez León A	A-1071	Martínez Pérez P	A-1353
Martínez Lerma E	A-1104, A-1941, A-1952, 0-435, 0-436, P-443, P-1291, P-1615, P-2006, P-2293	Martínez Piedra J	0-2785, P-602
Martínez Llana C	A-1910, A-1911, A-1912, A-2514, P-1501, P-2481	Martínez Prieto V	A-598, P-394
Martínez López E	P-1129, P-2332	Martínez Puche A	P-2224
Martínez López M	A-1736, A-842, A-844, P-802, P-846	Martínez Quesada A	P-445
Martínez Lorenzo E	P-2535	Martínez-Quintanilla Jodar N	A-1200, P-782
Martínez Macías O	P-1203, P-1485	Martínez Ramírez A	A-1567, P-2280
Martínez Maldonado MJ	P-597	Martínez Ramírez M	A-106, P-107



ÍNDICE DE AUTORES

Martínez Revuelta D	A-2209, A-2738	Marzzan Buratti PD	P-486, P-1821
Martínez Rocamora MD	P-2060	Más O	P-2476
Martínez Rodríguez E	P-2558	Más Puig M	0-1642
Martínez Rodríguez FJ	P-2681	Mascaraque Cantero P	P-619
Martínez Royo A	0-2492	Mascarell Oriola P	A-742, P-46, P-1758, P-1759
Martínez Sáez O	A-34, A-1054, A-1056, A-1574, A-1286, A-1575, P-1564, P-2751	Mascaró Galmés A	A-349
Martínez Saldumbide S	A-1362, A-1479, A-1947	Masnou Burralló N	P-324
Martínez Sánchez MA	P-2466	Masqueraque Cantero P	A-613
Martínez Sandoval F	A-656, P-1196, P-1441, P-1681	Massa Achútegui AM	P-1798
Martínez Sanz F	P-66	Mata Sánchez I	P-507
Martínez Sanz J	P-1669	Matamoras Hernández J	A-4, P-1215, P-1773, P-1819, P-2151, P-2559
Martínez Sañudo L	P-363	Matas Castelló E	A-140, P-1242
Martínez Sierra JM	P-168, P-169, P-170, P-2547	Matas Lara AM	A-1870, A-2137, P-484, P-1096, P-1273, P-2527,
Martínez Suárez E	A-555	Mateas Moreno M	A-1212, P-2692
Martínez Valero MJ	A-2393, 0-1160, 0-1165, P-996, P-1150, P-1158, P-1169, P-1170, P-1178, P-1180, P-2390, P-2391	Matellán Hernández P	P-2626
Martínez Vázquez A	0-2687	Mateo Cañizares V	P-486, P-1821
Martínez Vázquez MA	0-630, 0-641	Mateo Gallego L	A-1357, A-2000, P-970
Martínez Villar M	0-1006	Mateo González JI	P-2495, P-2490, P-2502
Martínez Villena B	P-52, P-734, P-1214, P-1322, P-1323, P-1995, P-2047, P-2743	Mateo Roca M	0-2128
Martínez Virto AM	0-427, 0-429, P-432, P-1522	Mateo Sagasta Perrote I	A-1298
Martínez Zapata JM	P-2553	Mateo Sanchís E	P-1589
Martínez Zarco C	P-2683	Mateo Segura Z	P-2166, P-2351, P-2402
Martino Blanco M	A-1767	Mateos Chaparro FM	A-1100, A-1287, A-1851, 0-1770, P-3, P-699, P-757, P-1777, P-1784, P-1785, P-2244, P-2721
Martins AL	P-1082	Mateos Díez S	A-1600, A-1658, A-2281, P-1603, P-1614
Martiño Díaz MI	A-2617, P-119, P-1733	Mateos Iglesias B	P-476, P-2458
Martirena Hernández MT	P-823	Mateos Lorenzo J	0-620, P-663, P-2790
Martitegi Albizu E	P-2561	Mateos Madrid MC	A-1793, P-1792, P-1822
Martos Fábrega V	A-2344	Mateos Rodríguez A	0-624, 0-714, P-265, P-266, P-267, P-268, P-711, P-708
Martos Guardesño R	A-548	Mateos Sánchez L	0-2251, P-560, P-837
Martos Gutiérrez J	A-555		
Martos Órpez C	P-2037		



ÍNDICE DE AUTORES

Mateos Ventura B	A-1298	Medina Bastard I	A-696
Mateu Sáez J	A-918	Medina Bustillo R	A-1565, A-1568
Matía Cubillo AC	A-1789, P-1796	Medina Carrizo A	0-485, P-464
Matías Flecha M	A-102, A-1512, P-1345, P-2674	Medina Díaz E	A-2134
Matías García MJ	A-1001, P-133	Medina Fernández AM	P-1697
Matías Soler P	A-93, A-1120, A-1541, 0-2251, P-1033, P-1053, P-1328, P-1553, P-1644, P-2164, P-2705	Medina Huarcaya RS	P-521
Matilla Pardo L	P-51, P-54, P-56	Medina Huarcaya S	A-489
Matín Iborra R	A-1648	Medina Mesa R	P-39
Matos de la Cruz L	A-2142	Medina Muñoz S	P-2080
Matos Fortunato FA	A-1016, P-946	Medina Ortega J	P-889, P-1996
Matus L	0-2189, 0-2251	Medina Ortega JA	P-2480
Matute Chamarro G	P-2386	Medina Salom A	A-1427, P-2807
Maujo Fernández JM	P-1445	Medina Sanz C	A-2749, P-2335
Mauri Plana A	P-408, P-1411	Medina Tovar B	A-1927, 0-1159, 0-1160, 0-1165, P-996, P-1150, P-1158, P-1169, P-1170, P-1178, P-1180
Mauriz García E	P-268	Medina Vallet P	P-2799
Mayán Conesa P	P-391, P-442, P-660	Megía Sánchez V	P-752, P-1014
Mayayo Alvira R	P-294	Mejía Castillo M	P-1993
Mayer V	P-1392	Mejías Calderón R	A-598, P-394
Mayo Pérez J	P-266, P-268	Mejías Estévez MJ	P-1504
Mayo Sarabia E	0-631	Mejías Sánchez YE	P-1615
Mayor García DM	A-727	Mejías Sendra J	P-396
Mayor Heredia P	A-1132, A-2214, P-2264	Meléndez Calix N	P-380
Mayoral Calleja N	0-1631	Melero Cabezas S	A-731, A-903, A-1938
Mayoral Canalejas N	A-1192, A-2284, P-2334	Melero García M	P-403
Mayordomo Sánchez J	P-498	Melero Palanco L	P-697
Maza Vera MT	0-120, P-2649	Melgosa Latorre F	A-2579
Meana Sánchez L	P-2662	Mellado de Arteche C	P-367
Mechbal Gracia L	A-901, A-912, A-2438, P-1725, P-1890	Mellado Ferrández A	A-1188, A-1738
Mecina Gutiérrez A	P-1680	Mellado Valero F	P-396
Medialdea Dziatzko V	A-1876	Mellado Vergel F	P-737
Medina Abellán MD	P-1495	Melo Toledo EP	P-1048
Medina Álvarez JC	P-367, P-380, P-702	Membrado Ibáñez S	P-2453



ÍNDICE DE AUTORES

Mena Delgado I	A-332	Merlo Loranca M	0-1474, 0-1475
Mena Muñoz E	0-2305, P-2526	Merlo Serrano A	P-941
Mendes Moreira H	P-397, P-997, P-1655	Meroño Terol MT	P-2679
Mendes Moreira HM	A-1123, P-1674, P-1676, P-2325	Meroño Terol T	A-780, A-783
Méndez M	P-431	Mesa García A	P-2456
Méndez Abreu AA	P-2517	Mesa Ramos G	A-478, A-539, P-502, P-507, P-856, P-1573, P-2114, P-2501
Méndez Arroyo P	P-689, P-786	Mesa Rodríguez P	A-2171, P-1023
Méndez Desena S	A-2142, P-1008	Mestanza Ávila V	P-729
Méndez Fuertes A	P-280	Mestre Blasco C	P-182
Méndez Infiesta E	P-2003	Mestre Fábregas M	A-262
Méndez Infiesta ME	A-1275, A-1425, P-14, P-424, P-1506, P-2052, P-2662	Mestre Lucas M	P-1471, P-1472, P-1845, P-2117, P-2592
Méndez López JA	A-1767, P-280, P-1213, P-1774	Micheloud Giménez D	P-1206
Méndez Martín V	P-921	Micó Cuenca FJ	A-349
Méndez Rodríguez E	P-812	Miguel Alcalde H	P-2809
Mendoza Barquín AB	P-423	Miguel Saldaña F	0-309, P-307
Mendoza Darcy MJ	P-1677	Miguens Blanco I	A-295, A-407, A-1136, A-2528, A-2768, P-1, P-2342, P-2724
Mendoza Lizardo SS	A-1192, A-2284, P-1637, P-1660, P-2334	Mihaita Román L	P-1220, P-2565
Menéndez Blanco A	P-1706	Mikic J	A-598
Menéndez Fernández C	0-983, P-397, P-398	Milán Maestre A	A-2443, P-1131
Menéndez Fernández M	P-2791	Milian Donet C	A-1395, P-973, P-2049, P-2650
Menéndez Gancedo A	P-7, P-792	Millán Acero AR	P-2359
Menéndez Gómez JL	A-2182	Millán Montilla M	P-824
Menéndez Rodríguez M	A-1098, P-1032, A-2270	Millán Montilla ML	A-2089, A-2615, P-1852
Meneses Yaruro MT	A-2780, A-2781, P-2399	Millán Soria J	P-847, P-949, P-2025, P-2807
Mercado Bayona B	0-50	Minchong Carrasco P	A-1287
Mercado Molina JM	P-1226, P-2127	Minciuna O E	P-1024
Mercado Pardo A	P-823, P-831, P-1256, P-1259, P-1829, P-1833, P-2336, P-2578	Minciuna O A	P-1025
Merelo Nicolás M	0-868, 0-900	Minguet Frías J	A-2012
Merino Díaz T	P-197, P-330, P-353	Mínguez Cebrián A	A-2697, P-1885
Merino Esteban L	A-293	Mínguez Platero J	P-412, P-2661
Merino Gómez C	P-207	Minuesa García M	A-1713, P-2732



ÍNDICE DE AUTORES

Mir Montero M	A-2, P-33, P-1241, P-1799,	Molina Llorente H	A-71, A-1061, A-1851, A-2173, A-2286, P-36, P-1040, P-1597
Miralbes Casterá FJ	P-866, P-1316, P-1317, P-2610	Molina Pérez de los Cobos E	A-1690, P-118
Miralbés Torner M	A-1313, A-1314, P-866, P-1316, P-1317, P-2610	Molina Pinilla MA	P-1985
Miralles Sáez A	A-260	Molina Raga H	P-2163
Miranda Fernández N	P-318	Molina Rivero M	A-1533
Miranda García M	A-785, P-809, P-1230	Molina Ruano R	A-2581, P-371, P-2554, P-2599, P-2614
Miranda Rodríguez A	P-2232	Molina Rueda MJ	P-2599, P-2614
Miravalles Fernández E	A-2379, A-2418, P-2425, P-2448	Molina Samper V	A-2509, P-1499, P-2437
Miró O	P-1225	Moline Moreno M	A-2608, P-872, P-2462
Miró Andreu A	A-1736	Moliné Moreno M	A-2445
Miró Andreu O	0-924, 0-155, 0-2529	Moliné Moreno P	A-1390, P-869, P-976
Miro Domènech CM	0-722	Moliné Pareja A	0-1507, P-1217
Mocholi Sánchez A	P-2224	Molinero Herguedas D	0-726, P-721
Modol Deltell JM	A-1626, 0-296, 0-1562, P-775, P-1276, P-1559	Molinez Moreno P	A-522
Mòdol J	P-1561	Molist Sanz MP	P-2799
Mohamed Mohamed M	A-1198, P-470	Molto García MB	P-1208, P-1399, P-1463, P-1464, P-1765, P-1984, P-2084, P-2087
Mohamed Mohamed S	P-537	Mondéjar Solís T	P-1326, P-1796
Mohedano Mohedano R	P-1264, P-1768	Monedero la Orden J	A-2606, P-390, P-393, P-1804, P-1805, P-2466, P-2575,
Molas E	0-1636	Monforte Escobar F	0-630, 0-634, 0-640
Molina Alcántara MC	P-1277, P-2156, P-2704	Monge Bronchalo M	A-2281, P-1649
Molina Álvarez A	P-236	Monleón Arenos S	A-742, P-2763
Molina Anguita F	P-1081, P-2324	Monroy Gómez C	P-1045, P-1046
Molina Ávila P	P-2165	Montagud Moncho J	P-796
Molina Barriga G	A-1190, A-1191, A-1726, P-2434, P-2779	Montalva Barra JC	P-949, P-2025, P-2807
Molina Delgado I	P-2671	Montalvá García P	P-2434
Molina Estirado MJ	P-2437	Montanary Villar M	P-374, P-375, P-413
Molina Fernández FJ	A-656	Montanary Villar MJ	P-219
Molina Figuera E	P-2535	Montava del Aro A	A-2295
Molina Galbraith D	P-1989	Monteagudo González L	A-1480, P-1185, P-1679, P-2365
Molina García P	A-1743, P-2435	Montejo Fernández M	A-747
Molina Herrera F	P-1325	Montejo Olivares MV	P-15



ÍNDICE DE AUTORES

Montenegro Mouré A	A-1740, 0-1349, P-575, P-1168, P-2093, P-2108, P-2733	Mora Sosa K	A-1125, A-2203, P-2199, P-2234, P-2723
Montero E	P-1255	Mora Yélamos JA	0-1465, P-687
Montero Hernández E	P-2165	Moral Alguacil D	0-749
Montero López JM	A-1619, A-2278, A-2633, P-558, P-2769	Moral Gámez L	A-2012
Montero París P	A-349, P-350	Moral Merchán C	A-1459
Montero Pérez FJ	0-957, 0-958, P-2037	Moral Rubio P	P-1364, P-1411
Montero Romero E	A-1029, A-1488, A-1837, P-444, P-580, P-1224, P-1321, P-1394, P-1437, P-1920, P-2154	Morales Acedo MJ	A-478, A-539, A-940, P-2114, P-2501, P-507
Montero Salinas A	A-190, A-192, A-195, P-660	Morales Alcover C	P-368
Montero Vicente GA	0-290, 0-291	Morales Alemán M	P-575, P-1715, P-2733
Montes Castillo C	A-910, A-931, A-1939	Morales Cardona G	P-2766
Montes Pérez M	A-2229, P-1126, P-1722, P-2337, P-2520	Morales Casado MI	A-2208
Montes Pineda O	P-1508	Morales Caycedo S	P-521
Montes Prieto AV	P-280, P-1213, P-1774	Morales Cevidanes ML	A-488, A-905, A-1290, A-1878, A-2131, A-2629, P-1887
Montesa Lou C	P-838, P-991	Morales Franco B	P-426
Montesinos Cots J	P-1508	Morales García E	P-173
Montesinos Díaz JL	0-924	Morales González O	P-178
Montiel Dacosta J	P-1364	Morales Gracia O	P-175
Montosa Narváez E	P-775	Morales López B	P-264, P-673
Monzó Cárcel JA	A-1538	Morales Marín Y	P-988
Mora Aguas A	A-198, A-203, A-212, A-218, A-354	Morales Marqués O	P-705
Mora Bastante E	A-1942, P-130, P-1342, P-1347	Morales Monsalve P	A-2608, 0-1587, P-840, P-841
Mora Carmona A	P-2490, P-2502	Morales Monsalve V	A-1390, A-522, P-955
Mora Escudero I	A-2701, P-791, P-1219, P-1766, P-2564,	Morales Rodríguez A	A-1371, A-2801, P-11, P-116, P-1794
Mora Gómez AL	P-1208, P-1399, P-1463, P-1464, P-1984, P-2084, P-2087	Morales Sánchez MJ	A-1762, P-1763, P-2116
Mora Hernández B	A-932	Morales Sánchez S	A-773, A-1762, P-1747, P-1763, P-2116, P-537
Mora Mellado E	A-270, A-276	Morán Díaz M	P-219, P-317, P-374
Mora Muñoz JD	P-826	Morán Díaz MM	A-684, P-266, P-316, P-338, P-343, P-2755
Mora Peña D	P-111	Morán Díez M	P-413
Mora Sáez A	A-1950	Morán Gallego FJ	A-1060, A-1572, A-2272, P-1051, P-1558, P-2201, P-2350
		Moranco Marín R	A-2780



ÍNDICE DE AUTORES

Morant Llido M	A-2273	Moreno Herrero C	P-771
Morante Navarro MC	P-119	Moreno Juste A	P-1036, P-1080, P-1093, P-1232, P-2166, P-2351, P-2402, P-2571
Morató Moreno B	P-182	Moreno Lamela J	P-1442
Morcillo Cebolla S	P-1081, P-2324	Moreno López de Lerma S	A-2374, P-114, P-1716
Moreda Suárez MA	P-1439, P-1440, P-2051	Moreno Marrero C	P-595
Moreillo Vicente L	A-2701, P-2564	Moreno Martos Z	A-1198
Moreira da Silva C	A-1737	Moreno Matín-Vivaldi ME	A-2676
Moreira Pereira da Silva C	P-1184, P-2422	Moreno Mejía A	A-289
Morell Jiménez V	A-1511, A-1878, P-1502, P-2125	Moreno Millán E	A-410, O-935, P-281, P-287
Morelló Gracia MA	P-1607	Moreno Montero I	A-692, P-1790, P-1791, P-2562
Moreno Alés MD	O-749	Moreno Murcia JM	P-346
Moreno Arriola MJ	P-156, P-661	Moreno Noguero E	O-2463
Moreno Barba S	P-473	Moreno Obregón F	A-2259, O-567, P-941
Moreno Basarrate G	P-15	Moreno Ortiz MD	O-184
Moreno Calatrava F	A-848, A-2584, O-927, P-902, P-1279, P-1808,	Moreno Peña A	A-80, A-519, A-1926, P-388, P-538, P-1348, P-1913
Moreno Castillón C	A-513, A-515, P-514	Moreno Pérez L	A-2249, P-2243
Moreno Caycedo C	,	Moreno Ramírez S	A-1083, A-1084, A-2182, P-69, P-2157
Moreno Caycedo CA	A-907, A-1269, A-1309, A-2602, A-2632, P-1790, P-1791, P-2562	Moreno Reina S	P-1757
Moreno Cereceda A	A-2344, A-2521	Moreno Rodríguez RM	P-330
Moreno Collado F	A-310, A-653, A-768, O-769, P-342, P-471, P-654	Moreno Rosauero J	P-55
Moreno Cuerda V	O-1724, P-1730	Moreno Ruiz S	P-2243, A-2249, P-2269, P-2358, P-2535
Moreno Destruels A	P-2691	Moreno Torre B	A-1580
Moreno Elías LC	P-946	Morera Pérez P	A-134, A-2449, P-444, P-560, P-580, P-1027
Moreno Fernández M	A-1271, A-1402, A-1451, A-2503, P-968, P-1449, P-1989, P-2585	Morera Sendra N	A-2398, O-761
Moreno Ferrer N	A-692	Moriel Santaella E	A-1793, P-1573, P-1792, P-2265, P-502, P-856
Moreno García S	A-495, A-2441, A-2496, A-2783, P-538, P-545, P-830, P-832, P-1262, P-1882	Morilla Alfaro A	A-1488, P-1918, P-1921
Moreno García de Dionisio MI	O-723, O-725	Morilla Romero de la Osa R	O-329, P-1754
Moreno Hernández M	P-446	Morillas Escobar MC	A-1600, A-1658, P-1603, P-1614
Moreno Herrera C	A-738, A-2017, A-2019, A-2031, A-2144, A-2145, P-2054	Morillo Alejo MY	P-261
		Morillo Gálvez A	P-235



ÍNDICE DE AUTORES

Morillo Guerrero R	0-1250	Muñoz Alonso E	A-1812, A-2706, P-1028, P-1802, P-1836
Morillo Paramio B	P-1959	Muñoz Alonso L	P-1601, P-1677, P-2263
Morillo Rodríguez J	P-668, P-667, P-669	Muñoz Araújo FD	P-2561
Morís de la Tassa C	P-5	Muñoz Ayuso M	0-1349, P-2093
Moro Fabián CG	0-764	Muñoz Buderus S	P-2682
Moro Quesada DP	A-795, A-1581, 0-799, P-797, P-798, P-1591	Muñoz Carril M	A-1109, A-1538, A-2288, P-2495
Morocho Malho P	A-1572, A-2194, A-2272, P-1653	Muñoz de Sande C	A-198, A-199, A-203, A-212
Moronta de la Cruz A	A-2142, P-1008	Muñoz Fernández JL	0-723, 0-725
Mostaza Gallar P	P-1053, P-2164	Muñoz Galindo A	A-1982, A-2044, P-204, P-1435
Mota Santana R	P-2355	Muñoz Gamito G	0-428, P-431
Motrel Berjano B	P-1932	Muñoz García C	P-344
Motriko Gómez B	P-1228	Muñoz Gimeno LM	P-1879, P-1924, P-1980
Moubarek K	0-50	Muñoz Gómez P	A-2289, A-2341, P-1586, P-2158, P-2349, P-2350
Moure Gómez M	P-341	Muñoz González Y	P-187
Mourelle Vázquez L	A-904, A-1931	Muñoz Guillén N	P-1325
Movilla Jiménez C	P-1674, P-1676	Muñoz Hernández A	A-2
Moya de la Calle M	A-2058, A-2409, P-1048, P-1133, P-1144, P-2015, P-2078, P-2338, P-2693	Muñoz Isabel B	0-703
Moya Escudero F	P-426	Muñoz Jacobo S	P-986
Moya X	P-431	Muñoz Lara F	A-1271, A-1402, A-1451, A-2503, P-968, P-1449, P-2585
Moyano García R	P-1542	Muñoz López RC	P-2562
Moyano Maza JC	P-2493	Muñoz Martín V	P-2493
Moyano Pulido MJ	P-1542	Muñoz Méndez A	A-1689, A-1692, A-2440, A-2442, A-2444, P-1161, P-1723, P-2363, P-2367
Moyano R	A-1155	Muñoz Molina B	A-30
Munera Escolano R	0-723, 0-725	Muñoz Moreno MF	0-500, 0-501, P-499
Municio Heras A	P-1506, P-2052	Muñoz Muñoz O	A-134, A-1732
Municio Heras AI	A-1425, P-2662	Muñoz Núñez MA	A-2392, P-2158
Muntadas Molet B	P-2423	Muñoz Pérez ME	A-253
Munuera Barahona MC	P-1413, P-1457, P-1986, P-2118, P-2648	Muñoz Quirós Aliaga S	A-1700
Muñiz Alonso R	A-139, A-1514	Muñoz Ruiz A	P-1483, P-1526
Muñiz Alonso RM	P-1556	Muñoz Sánchez MA	P-399
Muñoz Albert R	P-1753, P-1863, P-1864	Muñoz Triano E	P-392, P-402



ÍNDICE DE AUTORES

Muñoz Ureña A	P-1014	Navarro Bustos MC	A-1002, A-1992, O-508, P-899, P-939, P-950, P-981, P-2120
Muñoz Valero AM	A-965, P-1504	Navarro Caballero A	P-323, P-345
Mur Pérez AM	A-2770, P-1703	Navarro Calzada J	A-916, P-1080, P-1232, P-1607, P-2166, P-2571
Murcia Alonso R	A-742	Navarro Cano M	P-320
Murciano Martí S	P-584	Navarro Carrillo A	A-106, A-552, P-107
Murillo Fernández R	O-621	Navarro Carrillo P	A-552, P-107
Muro de Pinedo E	A-1358, A-1937	Navarro Díaz FJ	P-2225
Muro Fernández M	A-2081, P-1530, P-2148	Navarro Gallardo P	P-2265
Muro Fernández de Pinedo E	A-911, A-1267, P-535, P-836, P-937 P-1830, P-1831, P-2056, P-2076	Navarro González D	A-707
N Brizzi B	A-1578	Navarro González P	O-762, P-2766
N F JL	O-659	Navarro Guerrero E	A-1762, P-1763, P-2116
Nacimiento Beltrán R	A-907, A-913, A-1309, A-2632	Navarro Gutiérrez S	P-886, P-1977
Nadal Máñez A	A-2273	Navarro Jiménez G	P-1037, P-1637, P-2230
Najarro de la Parra M	A-103, P-1234, P-1352, P-2491	Navarro Juan M	A-1300
Nakonetchny Tolchin I	A-1063, P-831, A-1127, A-1648, P-1119, P-1259, P-2336	Navarro López JL	P-390, P-393
Nan Nan N	P-1040	Navarro López-Fando B	O-627, P-605
Naranjo Armenteros J	A-2044, A-2647, P-104, P-1252, P-1435, P-1846, P-2498	Navarro López-Fando C	O-623, O-627, O-642, O-658, P-605, P-770, P-2539
Narganes Pineda DM	P-1048	Navarro Miralles M	A-1622, P-2239, P-2242
Narnona Fernández R	P-1254	Navarro Miró M	A-349
Narros Giménez A	A-1812, P-1802, P-1836	Navarro Morales T	A-680, A-781, A-2793
Narváez Martín AI	P-2123, P-2129	Navarro Moya P	P-607
Nasep de Muñiz S	P-1439	Navarro Muedra T	A-1538, A-1567, P-2280
Navalpotro Pascual JM	O-703, O-715, P-708	Navarro Nuño M	A-1622
Navarro Adam A	P-796	Navarro Oñate I	P-776
Navarro Aguilar ME	P-1080, P-1232, P-2166, P-2571	Navarro Ortega S	P-173, P-174
Navarro Aguilera MI	P-988	Navarro Patón R	O-620, P-663
Navarro Aparicio OD	A-953	Navarro Ruiz MS	A-1372, P-2097
Navarro Bermúdez NM	P-625	Navarro Santos S	O-355, P-265, P-266, P-267, P-268, P-337
Navarro Bustos C	A-75, A-78, A-82, A-965, A-1928, A-2130, P-68, P-870, P-1404, P-1450, P-2623	Navarro Silvente R	A-2396, A-2440, P-1152, P-2093
		Navarro Silvente RL	A-1018, A-1692, A-2442, A-2444, A-2447, P-1161, P-1495, P-1723, P-2363, P-2367
		Navarro Suay R	A-2081





ÍNDICE DE AUTORES

Navarro Torres C	A-1481, A-1683, P-1147, P-2064	Nogué Xarau S	0-155, P-2476, P-2477, P-2533
Navarro Villanueva R	P-1782	Noguera Marín MJ	A-1369, A-1531, P-892, P-894, P-1530, P-1914, P-2148, P-2149, P-2150, P-2702, P-2703
Navas Bonilla L	P-540	Noguera Martínez I	P-2743
Navas Sánchez S	P-340, P-341	Noguera Zumbühl A	0-1582
Naveda Fernández J	P-55	Nogueras Cabrera M	A-2768
Naveiro Rilo C	P-302	Nogueras Cánovas C	P-2763
Negrete Muñoz A	P-171	Noguerol Gutiérrez M	P-1453, P-2106, P-2124
Negro Rúa M	P-2238	Nogués Herrero M	A-478, A-940, P-856, P-2114, P-2501
Negueruela García B	P-3, P-757	Nolasco S	P-1319
Neila Calvo S	P-1318	Nole Medrán R	P-626
Neria Castellanos ML	A-1120	Noriega Leyva R	A-1146
Netto Miranda MC	A-1396	Notario Barba V	P-2591
Nevado Villafruela M	A-1881, P-1231	Novero Pérez S	P-2746
Neyra Pérez C	P-2091	Novoa Pérez A	P-2582
Niarra Martínez T	P-207, P-2462, P-366	Nuggerud Galeas SA	P-1093
Nicastro Letto E	P-2228	Núñez Álvarez-Gómez T	P-1472
Nicolás Gálvez J	A-1847, A-1848, A-2206, P-849, P-1284, P-1650, P-1835, P-1850, P-1854, P-2190, P-2675	Núñez Barros N	A-2215
Nicolau Far G	P-647	Núñez Castillo D	P-1797
Nicolau Far J	P-647	Núñez Gómez-Álvarez MT	P-2117
Nielfa González M	A-1102, A-2209, P-1057	Núñez Torras M	P-1242
Nieto Gómez R	0-624	Núñez de Arenas Soriano M	P-2202
Nieto Huertos AM	A-2008, P-114, P-1795, P-2574, P-2626	Obelleiro Nadal S	P-2511
Nieto Rodríguez AM	P-1245	Obiols Maso N	P-474, 0-339, P-461, P-551
Nieto Rojas I	P-2355	Ocaña Granados A	A-1619, A-2278, P-2769
Nieto Sánchez A	P-378	Ocaña Villegas J	P-2517
Nieto Sandoval B	A-1398	Ocete Burgos G	A-2043, P-945, P-1780, P-1781, P-2646
Noblia Gamba L	P-67, P-942, P-943, P-2627	Odiaga Andicoechea A	P-6
Nogales García AI	P-980, P-2403	Odriozola Romillo N	P-1785
Nogales Merino MB	A-2499	Oger O	A-925, P-569, P-2227
Nogales Trigo O	0-676	Ojeda Morales M	A-681, P-201
Nogué R	0-120	Olalla Linares J	A-1101, A-2182, P-2205
Nogué S	0-2529	Olasagasti Onaindia A	A-1512



ÍNDICE DE AUTORES

Olaya Navarro A	0-723, 0-725	Oncins Casanova X	A-270, P-363
Olaya Velázquez I	A-1106, A-1616	Onieva Gil L	A-1737, P-1184, P-2422
Olena J	A-1016	Onteniente Candela M	0-434
Oliete Blanco MP	A-1375, A-2484, P-99, P-1022, P-1401, P-1888	Oñoro Algar C	A-1866
Oliva Fernández O	P-265, P-337	Ordiz Álvarez I	P-1774
Oliva González R	P-469	Ordiz Suárez H	A-2625, P-2352
Oliva Moreno C		Ordóñez García M	P-524
Oliva Moreno CM	A-492, A-827, A-2651, A-2668, P-1775, P-2652	Ordóñez Llanos J	P-813
Oliva Ramos JR	A-2058, P-220, P-1133, P-1406, P-1408, P-1651, P-1652	Orejuela Carmona C	A-2194, A-2196, A-2276
Oliva Ródenas A	0-1570	Orejuela Carmona CM	A-2328, P-1077
Olivares Loro A	A-1701, P-2389	Orellano Sierra L	0-529
Olivares Pardo S	0-1642	Orgambides Domingo M	A-1536, A-1618, A-2279, A-2354, P-590, P-1537, P-2530
Olivé Caverro M	0-215	Oribe Plágaro JJ	P-417
Oliver Gicolea P	A-462	Ormeño Vitorero G	P-540
Oliver González C	P-1184	Oró Fontova J	A-149
Oliveras Menor S	A-205, A-251, A-333, P-523	Orona Naya M	P-2513
Oller Bonache A	A-555	Orozco Casado N	A-42, A-563, A-1125, A-2203, A-2240, P-1078, P-2237
Ollero Ortiz A	P-2159, P-2160	Orozco Gil N	0-1492
Ollés Puyol R	P-417	Ortega Bueno I	A-2197, P-1035, P-2168, P-2188, P-2713
Olmedo Carrillo P	A-1295, P-1470, P-1884	Ortega Castrillo I	P-866, P-1316, P-1317, P-2610
Olmo Azuaga C	A-1613, P-782	Ortega Condés C	A-1533, P-1532
Olmos E	P-449	Ortega Gálvez I	A-2262, P-577, P-2200, P-2267
Olmos Alemán M	A-2283	Ortega Herruzo L	A-34, A-1056, P-32, P-33, P-570, P-571 P-2750, P-2751
Olona Cabases MM	P-2691	Ortega Higuieruelo R	A-2240, P-2234
Olsen Triulzi J	A-1236, A-1283, A-2470, P-487, P-1233, P-1803	Ortega Jiménez N	P-838
Oltra Garay A	P-590, A-1536, A-2354, P-1537, A-1618, A-2279, P-2530	Ortega Liarte JV	P-486, P-1821
Oltra Hostalet F	A-1002, A-2130, P-899, P-939, P-950, P-981 P-1404, P-2120	Ortega Lorenzo A	P-17, P-18, A-139, A-1514
Olucha Cañizares A	P-687	Ortega Mercader M	A-1942, A-2637, P-130, P-1342
Oncala Sibajas E	A-75, A-78, A-82, A-1761, A-1992, 0-508, P-68	Ortega Moreno-Derredrojo M	P-274
		Ortega Pérez J	A-930



ÍNDICE DE AUTORES

Ortega Requena A	A-1188, A-1480, A-1731, A-1738, P-1185, P-1679, P-1720	Pacheco Barcia V	P-1640
Ortega Rus T	P-1821	Pacheco Puig R	P-1799
Ortego S	A-2285	Pacheco Ramos MP	P-378
Orti Montañana C	P-1256, P-1833, P-2578	Pacheco Rodríguez A	P-752
Ortigosa Agustín O	P-1124, P-1943, P-1991, P-1994, P-2343	Pacheco Tabuenca T	A-475
Ortiz E	0-120	Pacheco Vega JM	P-1456
Ortiz Bescós V	0-951, P-1607	Paderne Díaz B	A-547, 0-1113, P-482, P-517, P-542, P-543, P-544, P-1798
Ortiz Fraile B	P-370	Padilla Hernández LL	P-284
Ortiz García E	A-1709	Padilla Martínez M	0-714
Ortiz Manzano A	A-1143, A-2656, A-2658, P-445	Padilla Suraña M	A-2132, A-2514, P-2673, P-1501
Ortiz Mediavilla S	A-522	Padrón Guillén D	P-758
Ortiz Muñoz E	0-1235, P-2591	Padrosa Pulido J	0-883, 0-885
Ortiz Zúñiga A	A-2362	País Rodríguez E	P-392
Ortiz de Eribe Martín-Viera Y	P-1210, P-1211, P-1264	Pajaron Guerrero M	P-400, P-401, P-1400
Ortúzar Emestoy C	A-2295	Pajín Collada M	A-109, A-1010
Orviz Rivera J	A-2789	Palacín Prieto E	A-760, A-1629, P-759, P-2320, P-2321
Orzaiz Ibarra I	A-709	Palacio Quintana I	A-608
Osejo Altamirano FA	A-2780, A-2781, P-2399	Palacios Castillo J	P-494, P-1824, P-2467
Osma Santiago R	A-1938, A-903	Palacios Gómez C	P-2154
Osorio Gozalo A	0-767, P-2544	Palacios Martínez D	A-962, P-2053
Osuna Díaz M	A-1745, P-657	Palacios Martorell DC	A-1067, P-1863, P-1864
Osuna Esbri C	A-1745, P-657	Palanca Gracia E	0-1642
Osuna Nevado MN	P-174	Palau Vendell A	P-1245
Otal Buesa M	0-303	Palaviccini Rivera F	P-946
Otero Cabanillas N	P-2433, P-2778	Palazón Cabanes B	P-2006
Otero Giordano AM	0-529	Palazón Saura P	A-1375
Otero Rodríguez S	P-1640, P-2185	Palazuelos Molinero V	P-1206
Otero Soler M	A-1013, P-2361	Palazuelos V	P-1
Otero Viejo G	P-238	Pallas Villaronga O	P-2507
Ovalle González N	P-2067, P-2068	Palma Aguilar JL	P-1268, P-1278
Oviedo García AA	P-21, P-22, P-23, P-24, P-25, P-26, P-1393,	Palmier Peláez E	0-2497
Pablos Pizarro T	A-1544	Palomar Martínez M	A-1314, P-1312



ÍNDICE DE AUTORES

Palomares Bayo P	P-2063	Parra Ramírez JM	P-1037
Palomera Rufo P	P-392, P-402	Parra Torres I	P-1776
Palomero del Río JM	P-1993	Parramón Castillo CT	P-2711
Palomino García A	P-2139	Parras Calahorro R	P-129, P-2365
Palomo Carvajal JV	A-1762, P-1763, P-2116	Parras Cordovés M	A-821, P-1249
Palomo de los Reyes MJ	A-1060, A-2181, A-2276, P-239, P-344, P-2201, P-2725	Parras Rejano JM	P-1725
Palomo Rioja I	P-460	Parrilla Navamuel L	A-1083, A-1084, A-2181, A-2193, A-2289, A-2392, P-2157, P-2158, P-2349, P-2350, P-2394, P-2725
Palop Asunción J	A-285	Parrilla Tapia J	P-826
Pancorbo Fernández L	A-1295, P-824, P-828, P-1470	Parrón Parra M	A-632, P-232, P-2787
Paniagua Gutiérrez E	P-1231	Pasalodos Sanguino JD	0-630, 0-634, 0-767, P-216, P-2544
Paoli S	A-1692, A-2440, A-2442, A-2447, 0-305, P-306, P-1723, P-2411	Pascua Aberturas A	P-2015
Parada López R	A-2, A-1286, A-2110, P-1223, P-1462, P-1771, P-1787, P-2555	Pascual Fernández J	0-437, P-569, P-2227
Pardo Ríos M	P-275, P-691	Pascual Fuster M	P-606
Pardo Rovira P	A-97, P-1412, P-2473, P-2576	Pascual Granollés V	P-325
Pardo Talavera JC	P-2424	Pascual Méndez MC	A-253
Pardos Molina C	A-1926, A-2624, P-518, P-1913	Pascual Muñoz MD	P-1434
Paredes S	P-1376	Pascual Pastor E	A-1266, A-1282, A-1420, 0-2694, P-1421
Paredes Borrachero I	A-1060	Pasor Durá MA	A-269
Paredes Carcedo S	A-1498, A-1516	Pastor González E	0-676
Paredes Ruiz D	A-1042	Pastor Roca P	P-2596
Paredes Trigueros I	A-157, P-368, P-450	Pastor Romero M	A-2214, P-1557
Pareja Obregón Prieto A	0-567, P-941, P-1394, P-1918, P-1921	Patiño EM	A-1001
Pareja Roilola J	P-771	Patón González M	P-168, P-169, P-170, P-2547
Parent Mathias V	A-2604	Pau Massoni A	A-205, A-251, A-333, P-523
Párez Hernández A	P-2232	Pavón Flores B	P-807, P-1800
Paricio Claramonte E	0-249, P-217	Pavón Prieto MP	0-620
París Giménez J	P-352	Pavón Prieto P	A-1487
Parody Santiago M	A-135	Pavone N	0-339, P-461, P-474, P-551
Parra Jordán JJ	A-1535	Paya Berbegal J	P-362
Parra Martínez FM	P-377, P-1599	Paz Anaya A	P-2119
Parra Mulet R	P-776	Paz Galeana J	A-1309, A-1269, A-1860, A-2602, P-1790, P-2562



ÍNDICE DE AUTORES

Paz Rubio F	P-278	Peñalver Espinosa D	A-1690, A-1694, A-2381, A-2408, A-2421, P-118, P-127, P-446, P-1661, P-1662, P-1691, P-2377, P-2380, P-2387, P-2426
Pazos Bernal N	A-1274, A-1838, P-1843	Pepe FM	P-1747
Pedraz Muñoz J	A-1545	Peraita Fernández E	A-1287, A-1851, A-2620, P-1105, P-2067, P-2068, P-2244
Pedraza de Juan A	P-1734	Peral Martínez MC	P-460
Pedraza García J	P-27, P-1222, P-1725, P-2055, P-2092	Perales Castellano A	P-805, P-1210, P-1211, P-1768
Pedrero Alonso R	A-150, P-160, P-1360, P-2450, P-2451	Perales Muñoz R	0-2186, 0-2189, P-560, P-758
Pedromingo Kus MS	A-1013, P-1721, P-1733	Peralta Ginés M	P-1093
Pedrosa Del Pino M	P-959, P-2079	Peralta Vilellas B	A-2057, P-2667
Pedrouzo Roca MB	A-172, A-190, A-192, A-2455, P-660	Perdigones García J	0-564
Peinado Clemens R	A-1935, 0-365, P-41, P-865, P-2471	Perdomo García FJ	P-2155
Peinado Vallejo FA	0-703, 0-715	Perea Casado MI	A-1541, A-2223, A-2282, 0-1579, 0-2251, P-758, P-1033, P-1549, P-1553, P-2187, P-2705
Peiro L	0-714	Perea Fernández AF	A-1983, A-2483, P-1414, P-1503, P-2045, P-2063
Peiró Gómez A	A-918, P-2001, P-2049	Perea Rodríguez AM	A-904, A-1353, A-1931
Peiró-Camaró Adan M	0-2189, 0-2251, P-559, P-560, P-561, P-758, P-1553	Pereda González I	P-401
Pelado Parras M	A-196	Pereira Butjosa JM	P-2799
Peláez González A	A-1011, A-1189	Pereira Juliá A	0-784, P-1669
Peleteiro Cobo B	P-812	Pereiro B	A-2654
Penades Antolín R	P-243, P-1748, P-1749, P-1750, P-1751, P-1752	Perelló R	P-1376, P-2476
Penadés Antolín RA	P-222, P-1753	Pérez E	P-1255
Penedo R	P-116	Pérez S	A-1576
Penedo Alonso JR	A-483, A-1929, A-2372, A-2801, P-794, P-1220, P-1229, P-1234, P-1352, P-1779, P-2491	Pérez X	P-363
Penedo Arrugueta JA	A-2, P-1223, P-1771, P-1799, P-2555	Pérez Acebo J	A-193, A-270, A-276
Penin Peon JM	0-459, P-1756	Pérez Aceredillo AP	A-1498, A-1516
Peña Astorga S	A-1455	Pérez Alonso JL	P-1450
Peña Busto C	A-2638, P-788	Pérez Álvarez M	P-2588
Peña Fernández A	P-1092	Pérez Antón S	P-11, P-1794
Peña Lozano S	A-2297, P-2319	Pérez Ardisa MJ	P-187
Peña Villamar D	P-2672	Pérez Baena S	P-2448
Peña y Lillo Echevarría G	A-954, A-975, A-1524, P-1444, P-2053	Pérez Barreto MT	P-625
		Pérez Benito C	A-2146, 0-762, P-2766





ÍNDICE DE AUTORES

Pérez Cabeza G	A-311, P-1985	Pérez Granell A	A-1427
Pérez Cabeza de Vaca I	A-42, A-1125	Pérez Guerrero J	0-1497
Pérez Cameo C	A-2109	Pérez Gutiérrez MA	A-1443, P-2669
Pérez Caravante M	P-1887	Pérez Hopkins J	A-743, A-906, A-1177, A-1936
Pérez Caserío R	P-1416, P-1663, P-1664	Pérez Hueto MC	A-1248, P-1801, P-2464
Pérez Castilla M	A-1837	Pérez Jimenéz MA	P-826
Pérez Castro E	A-1191, P-2779	Pérez Jiménez S	P-171
Pérez Castro M	A-2043	Pérez Jódar C	0-1823
Pérez Clavijo G	A-289, A-1933	Pérez Lafuente AP	P-210
Pérez Clemente AM	P-1506	Pérez Latorre L	P-1462
Pérez Costa R	P-1168, P-2108	Pérez López A	P-712
Pérez Costa RA	0-1349, 0-1645, P-377	Pérez López MT	P-284
Pérez Deago B	A-1009, A-1011, A-2515, 0-562, P-587, P-1059, P-1145, P-1324, P-1440, P-1566, P-2051, P-2612	Pérez López P	P-441, P-581
Pérez Díaz AE	A-1629, P-20, P-2709	Pérez López S	A-1109, A-1538, A-2288
Pérez Díaz C	P-20, P-2709	Pérez Lucio E	0-763
Pérez Doñate V	P-1203, P-1485	Pérez Maroto P	P-337
Pérez Ductor C	A-820, A-1944, 0-1417, P-533, P-1258, P-1306, P-1999	Pérez Márquez M	A-1298
Pérez-Duque Pardo S	P-1034	Pérez Márquez T	A-1565, A-1568
Pérez Durá M	A-1726, P-823, P-877, P-1782	Pérez Martín MA	P-453
Pérez Durán F	A-1190	Pérez Martín P	P-1076
Pérez Esteban R	P-2139	Pérez Martínez A	A-1015, 0-761, 0-762, 0-763, 0-1645, P-1505, P-2766
Pérez Expósito N	A-2580	Pérez Martínez MA	0-750, P-754
Pérez Fernández C	A-742, P-121, P-1476, P-1758, P-1759	Pérez Martínez P	A-601, A-1103, A-1612, A-2378, P-127, P-441, P-581, P-1182, P-1661, P-1662
Pérez Figueras M	P-1634, P-2230, P-2334	Pérez Mier LA	A-2028
Pérez Fontañá L	0-1429, P-1428, P-2039	Pérez Molina M	A-2223, A-2282, 0-1605, P-163, P-837, P-2187
Pérez García A	P-1494	Pérez-Montes Lara LP	P-2100
Pérez García C	A-1135, A-2273, P-847, P-2228, P-2807	Pérez Muñoz E	A-2012
Pérez García E	A-134, A-1246, A-1741, A-1837, P-1027, P-1224, P-1227, P-2154	Pérez Nieves J	P-800
Pérez García M	A-747, P-1017	Pérez-Nieves Goicoichea J	P-706
Pérez Gómez F	A-2134, A-2606, P-791, P-1766	Pérez-Nieves López de Goicoechea J	A-285, A-2542, 0-701, P-2552
Pérez González B	P-1184	Pérez Novales D	A-2182



ÍNDICE DE AUTORES

Pérez Olmo JL	A-713	Pérez Toscano S	0-1823, P-2139
Pérez Orbís I	P-1129, P-2332	Pérez Valero I	P-2060
Pérez Ordoño L	A-1042, A-1358, P-535, P-836, P-1830, P-1831	Pérez Villanueva N	P-2672
Pérez Ortega A	P-2357	Pérez Villares JM	0-714
Pérez Otero ML	A-1581, A-1625, A-2294, P-1591, P-1609	Pérez Villoslada J	A-1565
Pérez Pagan E	A-1181, A-1621, A-1627, A-1628, A-2734, P-1555, P-2519, P-2714, P-2715, P-2745	Pérez Zapata A	A-731, A-903, A-1938, P-2490, P-2502
Pérez Pañart I	0-951, P-1607	Peries Reverter L	P-1778
Pérez Pedrero D	0-485	Peris Giner JF	P-367, P-380, P-702
Pérez Peinado M	A-488	Perona Caro J	P-826
Pérez Peñarrubia CA	A-1629	Perpiñá Galvañ J	P-264
Pérez Pérez AB	P-1879, P-1980	Peruga Benedito J	0-1417
Pérez Pérez B	A-1194, P-1156, P-1716	Pes Laguna MM	P-178, P-187
Pérez Pinto S	A-1013, P-1121	Pey Puey J	P-666, P-717
Pérez Prieto I	A-747	Peyró García R	P-753
Pérez Ramírez C	A-692, P-415	Picans Saurino M	A-743, A-906, A-1177, A-1936
Pérez Ramírez N	A-1300, A-1954	Piccone Saponara C	A-910, A-931, A-1939, P-2683
Pérez Ramos M	A-172, A-190, A-191, A-192, A-2455, P-660	Pichel López M	P-279
Pérez Regueiro I	0-1356, 0-2796, P-2794	Pico García I	A-1193, A-2393, P-2347, P-2390, P-2391
Pérez Rodríguez M	P-2621, P-2623	Piedra Rodrigo C	A-727, A-887, A-1940, A-2656, A-2658, P-1491, P-2622
Pérez Ruiz A	A-1248, P-945, P-1780, P-1781, P-1801, P-2464, P-2646	Piernas Peco R	P-1987
Pérez Salvatierra E	P-2669	Pina Cobos MM	P-352
Pérez Sánchez C	A-952	Pineda Martínez A	P-371, P-2554
Pérez Sánchez JL	0-644	Pinilla Alemán JM	A-2443, P-1131
Pérez Sánchez M	A-1109, A-1282, A-1420, A-1538, A-2288, 0-2694	Pinilla Bernechea M	A-1063, A-1127, A-1648, P-877, P-1119, P-1829
Pérez Sólaz A	P-1782	Pinilla Ducar C	A-313, P-455
Pérez Tobón M	A-2295	Pinillos MA	A-2509
Pérez Tomàs C	P-1050	Pinto Pérez NX	A-1930, A-1934, A-1952
Pérez Tornero E	P-287	Piña Manzano JM	0-312
Pérez Torres I	A-2595, 0-2739, P-399, P-1394, P-2589, P-2727, P-2728, P-2742, P-2752, P-2753	Piña Martín V	A-1849, A-1862, P-1251, P-1253, P-1834
		Piñera Salmerón P	A-293, A-2447, 0-1159, 0-1160, 0-1165, 0-305, 0-434, 0-895, 0-1095, P-306, P-996, P-1158, P-1161, P-1169, P-1170, P-1178, P-1180, P-1975, P-2411





ÍNDICE DE AUTORES

Piñero Flores E	A-855, A-901, A-912, A-1270, A-1359, P-843, P-1351, P-1890, P-2600	Portela Martín A . . .	A-2297, P-113, P-1144, P-2319, P-2353
Piñero Panadero R	A-97, 0-1007, P-2011, P-2473	Portero Bolaños A	P-2330
Piñero Zapata M	0-2798	Portillo Cano MM . . .	A-1002, A-2130, P-899, P-939, P-950, P-981, P-1404, P-2120
Piñón García M	A-1813	Postigo Cruz S	P-578, P-600, P-1697, P-1725, P-2092
Piqué Pijuán M	P-655	Potemkina O	A-1624, A-2782, P-1483
Piqueres Mateu C	P-847	Povar Echeverría M	P-2744
Piqueres Vidal CF . . .	A-1052, A-1855, A-2204, P-426, P-853, P-1289, P-1858	Povar Marco BJ	P-2744
Piris García X	A-2028	Poveda Serrano MP	A-2749, P-2335
Piro Martín N	P-809	Povzum Nazarenko P	P-1650, P-2404, P-2675
Pirogov P	P-55, P-2582	Poyato Borrego M	P-117
Pirola A	P-1034	Pozo Blanco A	P-1782
Planchuelo Medina E	P-894	Pozo López JD	P-2672
Plasencia Martínez M	P-2773	Prado Álvarez A	P-237
Plaza Blázquez MR	A-552	Prado Fernández E	A-1009, A-2515, P-1059, P-1145, P-1566, P-2050, P-2051, P-2088
Plaza Ramos MY	P-159, P-160	Prado Martín de Lucía LF	P-2664
Plaza San Martín M	P-1355, P-1415	Prado Mel E	A-848, A-2584, 0-927, P-902, P-1279, P-1808
Plenc M	P-395	Prados Bravo MJ	0-749
Poblador Ferrer I	0-290, 0-291	Prados Gallardo AM	A-1928, P-1450
Pobo Sancho L	P-2359	Prat Aymerich C	0-1562
Podaru M	P-2683	Prats Agulló F	P-320
Polo Benito J	P-2808	Precioso Costa J	A-1944
Polo Gareta S	P-396	Prieto Ferrer M	P-352
Polo Izquierdo R	0-211, 0-690	Prieto Gañán LM	P-111
Polo San Ricardo V	P-2808	Prieto Giráldez M	A-1580, A-2208, A-2392, P-2157, P-2205, P-2350, P-2394
Polo Sánchez MJ	A-466, 0-617, P-453, P-672, P-698	Prieto Hernández A	0-893, 0-1099
Pomares Quintana N	P-540	Prieto Lastra L	A-2229, 0-1770, P-3, P-699, P-757, P-1126, P-1784, P-2235, P-2337
Ponce García I	P-1804, P-1805, P-2575	Prieto Martín M	P-1410
Ponce Taylor J	A-2275	Prieto Murua J	A-2765
Pons Claramonte M . . .	A-742, P-46, P-1014, P-1758, P-1759	Prieto Piquero E	A-1624, P-397, P-997, P-1020
Pons Mateo M	A-1826, P-2610	Prieto Piquero EM	A-1189, A-1581, A-2782, 0-1426, 0-1469, P-1674, P-1676, P-2777
Portabella Serra A	P-687		
Portela García M	P-323, P-345		





ÍNDICE DE AUTORES

Prieto Sánchez A	0-641, 0-650, 0-675, 0-2687, P-200, P-451, P-626	Quenata Romero JW	P-119
Prieto Valderrey F	P-281	Querejeta Fernández P	A-8, A-1146, P-2192, P-2710, P-2712
Prietosanto T	P-2192, P-2712	Quero del Río I	P-1325
Priori MG	P-2400	Quero Escalada M	A-2040, P-1412, P-2007, P-2011, P-2570, P-2576
Privado Martínez P	A-1136, A-2528, P-1064, P-2342, P-2724	Quero Espinosa FB	0-957, 0-958
Privitera Torres M	P-2161	Quero Motto E	P-988, P-1879, P-1924, P-1980, P-2006
Provencio Valverde M	A-2472	Quesada Bellver B	A-1298
Puchades Moral A	A-681	Quesada Fernández M	A-1930, A-1934
Puchaes Manchón C	A-1868, P-48, P-49, P-1392	Quesada Martínez MC	A-1018, 0-1159, 0-1160, 0-1165, P-996, P-1150, P-1158, P-1169, P-1170, P-1180, P-1495, P-1696
Puche Alcaraz A	A-992	Quesada Molinos M	A-1493, P-2121
Puente J	P-587	Quesada Moraga R	P-479
Puerma Ruiz J	A-1192, A-2718, P-2161, P-2517	Quesada Pérez MT	0-329
Puerta Castellano CM	A-2768	Quijano Diego A	A-1016
Puerto Lara E	A-1283, A-2470, P-1233, P-1803	Quilis Pindado T	P-412
Puerto Rodrigo T	A-2288	Quincoces Rodríguez A	P-317, P-629
Pueyo Morer MJ	0-923, 0-1115, 0-1187, P-991, P-1148	Quintana Díaz M	0-429, P-432
Pueyos Rodríguez S	A-1619, A-2278, P-558, P-2769	Quinteiro Rouco C	A-79
Pueyos Sánchez A	P-558	Quintela Martínez J	P-1153, P-1685, P-1686, P-2428
Puga Montalvo E	A-978, A-1490, A-1493, P-386, P-1436, P-1456, P-2121	Quiñonero Hernández CJ	A-827
Puga Montalvo ME	A-2676	Quirante García S	A-2581, P-2599, P-2614
Pugnet G	P-2691	Quiroga Álvarez M	P-237, P-238, P-318
Puig Company M	0-1507, P-352, P-408, P-536, P-1682	Quiroga Fernández A	0-688
Puigblanqué Reyes E	P-298	Quiroga Mellado FJ	P-449
Puiguriguer Ferrando J	0-2463	Quirós Alcalá C	P-1644
Pujol Aymerich V	A-80, A-2624	Quirós Barrera R	A-1266
Pujol Keller A	A-1294	Quirós Caso N	P-2050
Pujol López M	0-885	Quispe Figueroa G	0-1719, 0-1724, P-1657, P-1717, P-1728, P-1730, P-1735, P-2340
Pulgarín Romero T	P-805, P-1768	Quispe Martínez C	P-28, P-1226, P-1845, P-2127, P-2592
Pulido Herrero E	0-1216, P-1218, P-1239	Quito Ramos I	A-289, A-1294, P-1305
Pulido Ivorra S	P-320	R G M	0-644
Puras Artajo T	A-1443	Rabadán Mezquita S	A-193, A-270, A-276, P-363



ÍNDICE DE AUTORES

Rabal Padilla A	P-176	Ramos Rodríguez J	P-970, P-1997
Raigal Jurado SM	P-1284	Ramos Rubio D	P-2216, P-2756
Rakislova N	0-885	Ramos Rueda MC	P-221
Rallo Moya MJ	P-2613	Ramos Ruiz P	0-868, 0-900
Ramió Lluch C	A-140, P-1242, P-2511	Rancaño García I	P-1445
Ramírez R	P-1352	Rando Jiménez A	A-1842, P-898, P-1923, P-2469
Ramírez Balas MR	A-2595, P-2594	Rangel Sandoval ML	P-213
Ramírez Cabello PL	0-1719, 0-1724, P-1657, P-1717, P-1728, P-1730, P-1735, P-2340	Raposo Galeano S	P-1798
Ramírez Domínguez N	P-2166, P-2351, P-2402	Ravira Lomena S	P-177
Ramírez Freire L	0-609, 0-617, P-453, P-610, P-611, P-633, P-645, P-672, P-698	Real Campaña JM	P-1515, P-1520, P-2775
Ramírez Gómez DM	A-1930, A-1934, A-1952	Real Campaña MSV	A-438
Ramírez Hallas L	0-249	Real Llovera T	A-513, A-515, P-514
Ramírez Hidalgo MF	P-866, P-1316, P-1317, P-2610	Real López J	0-95, 0-735
Ramírez Luna JC	P-111	Real Martín A	A-1390, A-2445, A-2608, 0-1587, P-955
Ramírez Martín J	P-1230	Rebollar Andrés J	P-2563
Ramírez Molinero R	A-513, A-515, P-514	Rebollo Curbelo A	0-1423, P-1280
Ramírez Seoanes J	A-2130	Rebollo Lillo N	P-2596
Ramírez Soriano A	P-1959	Rebollo Sánchez E	A-481
Ramírez Utrero L	A-103, A-1151, A-1659, A-2214, P-1005, P-1684, P-2126	Recalde Espinosa E	P-2763
Ramiro Lara J	P-67, P-2627	Recatero Rude G	A-692
Ramón Coll N	P-1288	Reche Caballero C	P-894
Ramón Montánchez M	A-2184, P-1588, P-1589, P-2163, P-2722	Recio Jiménez JE	P-1205, P-1207
Ramos Díaz A	0-614, 0-767	Recondo Goitia O	P-801, P-1263
Ramos Gómez R	P-450	Redín Sagredo MJ	0-437, P-569, P-2227
Ramos González J	A-760, A-1629, P-759, P-2320, P-2321, P-2709	Redondo D	P-1204
Ramos López S	0-1645	Redondo Arriazu A	A-2509
Ramos Marzo A	A-1395, A-1861, P-2650	Redondo Benito A	P-421, P-422
Ramos Natal A	P-1886	Redondo Domínguez D	A-93, 0-1579, 0-2186, 0-2189, P-560, P-758, P-1549, P-1553
Ramos Oñate M	A-29, A-1563, A-2195, P-1057	Redondo Galán C	A-1083, A-1084, A-2182
Ramos Pichardo JD	0-457	Redondo Galán MP	A-2182
		Redondo Galán P	A-1083, A-1084
		Redondo González A	P-1651



ÍNDICE DE AUTORES

Redondo Santana I	A-472, P-470	Reyes Larios E	A-2689
Regidor Sanz E	A-925	Reyes Rosero M	P-321, P-322, P-2600
Reig Pastor A	P-2228	Rial Mosteiro CM	0-2806
Reina Lora V	A-1455	Riaño Montalvo A	P-584
Reina Martín MM	A-2331, A-2375, P-100, P-1128, P-1606, P-2329, P-2368	Riaza Arcos A	0-1021
Reina Nicolás IM	A-1847, A-1848, A-1941, A-2206, P-1650, P-1835, P-1850, P-2190, P-2404	Riba Castel C	P-2669
Reino Romero E	P-1230	Riba Novell S	P-2545, P-2546
Rejas Morras L	P-1036, P-2351, P-2402	Ribadulla Nogueira L	A-2184, P-1588, P-1589, P-2163, P-2179, P-2180, P-2224, P-2722
Remuiñán Rodríguez B	P-622	Ribas Seguí D	0-806
Renau Solaz S	P-584	Ricardo Jiménez C	P-2361
Renilla González A	0-983	Ricart A	0-1636, P-1074
Renilla Sánchez ME	A-2303	Ricart Conesa A	0-2488
Renovales L	A-1016	Richard Espiga F	0-871, 0-874, P-183, P-347, P-1326, P-1889
Requena López A	P-1932	Rico Lledo MJ	A-2023, A-2346, A-2396, P-1152, P-1696, P-2424
Requena Palomares I	P-664	Rico Molina MB	0-457
Requena Saiz M	A-1015, 0-761, P-2766	Rico Rodríguez F	A-301, A-901, A-912, A-1359, P-27, P-578, P-600, P-1222, P-1351, P-1461, P-1697, P-1890, P-2055, P-2074
Resta Rabassa MT	A-993, P-1706, P-2684	Rienda Moreno MA	A-70
Retuerto Martínez EF	A-1930, A-1934	Riera Perelló E	0-763
Reurich Gómez N	A-916	Riesco Cuadrado V	0-1261, P-1257, P-1405
Revelles Medina IS	A-2656, A-2658	Riesco García MA	0-1261, P-1257
Reventoz Martínez FJ	A-513, A-515, P-514	Riesgo Álvarez S	P-2791
Revert Cogollos A	A-60, P-36, P-1597	Rijo Nadal G	A-1163, A-1535, A-1671, P-2427
Reverte Pagan Y	P-129, P-2431, P-2436	Rijo Nadal GE	A-2534, P-132, P-1142, P-1739, P-2432, P-2433, P-2761
Reviejo Rodríguez F	P-594, P-2383	Rimbau Muñoz P	P-324, P-1225
Revol Musso C	A-1236, A-2470, P-487, P-1233, P-1320, P-1803	Rincón Carmona G	A-1056, P-1564
Revuelta Alonso A	P-572, P-980, P-2226, P-2403	Rincón Carmona MG	A-1054, A-1574, A-1575, P-32, P-571, P-1055
Reyero Díez D	P-361, P-2560	Rincón Castro S	A-1390, A-2445, A-2608, 0-1587
Reyes Aguilar C	A-2144	Rincón Castro SO	P-955
Reyes Aguilar R	A-904, A-1931	Rincón Pradales I	A-2638
Reyes García ME	A-1839		
Reyes Langer SL	P-823		



ÍNDICE DE AUTORES

Rincón Ruiz C	A-1574	Rivera Panizo I	A-2209
Rincón Valero N	P-1439, P-2050, P-2088	Rivero J	P-2202
Rincón Valero NO	A-2287, P-1059, P-1145, P-1324, P-2612, P-2747	Rivero Guerrero JA	A-1500, A-2131, P-1502, P-2115, P-2125
Río del Fernández F	A-1107	Rizo Hoyos M	A-478, A-539, P-507, P-2114, P-2265, P-2501
Rionda Cabo M	P-238	Rizzi M	0-2128, P-536
Ríos Del Yerro V	A-692, P-415	Rizzi MA	0-895, 0-1095
Ríos Gallardo R	P-1321, P-1437	Roa Riaño MB	P-460
Ríos Gómez Y	P-325	Robador Llorente B	P-661
Ríos Julía A	P-350	Robaina Cabrera D	A-1163, A-2388
Ríos Lorenzo E	A-252	Robaina Cabrera DM	A-1149, A-2653, P-592
Ríos Pérez C	A-2146, A-2398, 0-761	Robert Boter N	A-1626, 0-1562, P-1276, P-1561
Ríos Pérez S	P-189	Robledo Migallón I	A-855, P-321, P-322, P-2600
Ríos Ríos J	A-1098, A-2270, P-1032	Robles Amieva A	A-2382, A-2397, P-1675, P-2235, P-2376
Ríos Sagastizábal E	P-973, P-2049, P-2650	Robles Fernández I	P-1646
Ris Romeu J	P-408, P-536	Robles Montesinos E	P-1786
Rius Moncusí G	P-168, P-169, P-170, P-2547	Robles Pérez I	A-978
Rivas Herrero MC	A-2630, 0-2492, P-1410	Roca Fernández-Castanys E	P-371
Rivas Jiménez M	A-2770	Roca García A	P-1472, P-1845, P-2117, P-2592
Rivas Martínez MR	A-1702, A-2089, P-1292, P-1470, P-1678, P-1852, P-2356	Roca García R	P-1471
Rivas Martínez R	A-1295, P-829, P-897, P-1820, P-1891	Roca Guiseris J	P-1208, P-1399, P-2087
Rivas Menéndez S	A-1011, A-2075, P-966, P-985, P-1447, P-2670, P-2681	Roca Navarro P	P-1032
Rivas Pacheco P	P-2434	Roca Oñate JM	P-298
Rivas Román AM	P-2096	Rocamora Blanch G	A-1626
Riveiro-Barciela M	0-2305	Roch Hamelin I	0-485, P-464
Rivera Calderón M	P-1828	Roco A	P-2679
Rivera García L	P-1440, P-2050	Roco García AM	P-984, P-2680
Rivera García LM	A-2287, P-1324, P-2612, P-2747	Ródenas Herraes L	0-1021, P-362
Rivera García OA	A-773, A-1613, A-2655, P-782	Ródenas Tárraga FJ	0-1113, P-482
Rivera Núñez A	0-429	Rodil Muñoz M	A-89
Rivera Núñez MA	0-427, P-432, P-1522	Rodrigo Borja G	P-937
Rivera Ollero R	P-1346	Rodrigo Carbonero D	P-1004
		Rodrigo Granda A	P-2673



ÍNDICE DE AUTORES

Rodrigo López MM	P-986	Rodríguez Díez L	P-812
Rodrigo Paradells V	A-2770	Rodríguez Domínguez Y	P-1053
Rodrigo Rodríguez M	P-1796	Rodríguez Fariña V	A-1853, A-1963, A-2647, P-531, P-1252, P-1846
Rodrigo Saiz N	A-821, P-1249	Rodríguez Fernández E	A-1736
Rodríguez E	P-1204	Rodríguez Fernández I	0-448
Rodríguez T	P-1499	Rodríguez Fernández J	P-340, P-347
Rodríguez Adrada E	A-1298, A-1866, 0-895, 0-1095, P-381	Rodríguez Fernández JA	A-1246
Rodríguez Albo J	A-1512, P-2563	Rodríguez Fernández JF	A-1488, A-1837, P-1224, P-1227, P-1255, P-1321, P-1437, P-1920, P-2154
Rodríguez Alonso M	P-1677, P-2263	Rodríguez Fisac B	P-1233
Rodríguez Alonso R	P-812	Rodríguez Forné M	P-396
Rodríguez Álvarez RM	A-859	Rodríguez Franco E	0-355
Rodríguez Blanco JM	P-335, P-336	Rodríguez Fuentes E	P-2095
Rodríguez Blanco O	P-277	Rodríguez García A	P-2743
Rodríguez Blanco R	P-554	Rodríguez García H	A-137, A-1107, A-2143, A-2285, A-2419, P-594, P-2323, P-2383
Rodríguez Borrego R	A-150, A-2647, P-104, P-1252, P-1846, P-1975, P-1977, P-2451, P-2498, P-2510, P-2808	Rodríguez García JF	A-2625
Rodríguez Buitrago V	P-585	Rodríguez García N	A-1188, A-1731, A-2393, 0-1159, 0-1160, 0-1165, P-996, P-1150, P-1158, P-1169, P-1170, P-1178, P-1180, P-2347, P-2390, P-2391
Rodríguez Camacho A	A-1166, A-1455, P-1442, P-2389, P-2405	Rodríguez García V	P-171
Rodríguez Campelo D	P-2746	Rodríguez González MI	P-2504
Rodríguez Carrasco MM	P-1081, P-2324	Rodríguez Gorrioz E	A-1538, P-2495
Rodríguez Casimiro M	P-2061, P-2062	Rodríguez Hernández JP	A-1340, A-1910, A-1912, P-1915
Rodríguez Casimiro MC	A-989, A-1511, A-1742, A-2133, A-2699, P-1134, P-1502, P-2125, P-2731	Rodríguez Hernández NC	0-1113, P-542, P-543, P-544
Rodríguez Conesa E	A-1281, A-2590, P-1003, P-2094	Rodríguez Herrera A	P-243, P-1749, P-1750, P-1751, P-1752
Rodríguez Corominas L	P-697, P-776	Rodríguez Herrero MC	P-162
Rodríguez Cortés P	A-47, A-568	Rodríguez Herrero MR	A-2287
Rodríguez Cortez FO	0-339, P-461	Rodríguez Herrero R	P-1439, P-1440, P-2050, P-2051
Rodríguez Cortez O	P-474, P-551	Rodríguez Hernández NC	A-547, P-517
Rodríguez Criado C	0-648	Rodríguez Iglesias S	P-1312
Rodríguez de Arcos B	P-1322	Rodríguez Jiménez A	A-2197, P-2713
Rodríguez de Temple Relaño P	P-1264	Rodríguez Justo S	0-2806
Rodríguez del Prado L	P-782		



ÍNDICE DE AUTORES

Rodríguez Lavado P	A-1181, A-1621, A-1627, A-1628, A-2734, P-1555, P-2519, P-2714, P-2715, P-2745	Rodríguez Poveda M	P-182
Rodríguez Leal C	A-1212	Rodríguez Poy Y	P-665
Rodríguez Llarena E	P-2665	Rodríguez Priego S	A-1490, P-1436, P-1456
Rodríguez Lora EJ	A-1695	Rodríguez Quijano L	A-1941, 0-435, 0-436, P-443, P-2293
Rodríguez Lorenzo MJ	P-622	Rodríguez Ramírez C	A-1513, 0-244, 0-425, P-2005
Rodríguez Lucas F	P-1397	Rodríguez Rebollo C	A-2198, P-1598
Rodríguez Maroto O	A-2287, 0-562, P-587, P-1975	Rodríguez Rodríguez B	A-2, P-1241, P-1799
Rodríguez Márquez M	A-760, A-1629, P-759, P-2320, P-2321	Rodríguez Rodríguez M	A-1297, A-1868, P-1392
Rodríguez Martín M	A-2297	Rodríguez Rodríguez MC	P-946
Rodríguez Martínez G	P-2225	Rodríguez Rodríguez MI	A-1275, A-1425, A-1988, P-14, P-424, P-1506, P-2003, P-2052, P-2662
Rodríguez Mazón L	A-787	Rodríguez Rojo ML	P-559, P-561
Rodríguez Méndez A	P-569	Rodríguez Romero M	A-1694, A-2373, A-2381, A-2421, P-1661, P-1662, P-1718, P-2371, P-2426, P-2430
Rodríguez Mijangos I	A-2749, P-2335	Rodríguez Romero R	P-805
Rodríguez Miranda B	A-1298, A-1962, A-2004, A-2689, P-1509, P-1981, P-2122, P-2478	Rodríguez Romo M	A-1531, P-2148
Rodríguez Mondéjar JJ	P-179	Rodríguez Rubio FM	A-103, A-1151, A-1659, P-1005, P-1684, P-2126
Rodríguez Montalbán N	A-1840	Rodríguez Ruiz G	P-967
Rodríguez Morosoli M	P-114	Rodríguez Serra L	P-1124, P-1943, P-1991, P-1994, P-2343
Rodríguez Neira V	A-1545, 0-1579, 0-1605, P-837, P-1549	Rodríguez Simón F	P-1464, P-2087
Rodríguez Nieto T	P-2437	Rodríguez Simón P	P-1463
Rodríguez Ocejo C	A-1236, P-487, P-1233, P-1803	Rodríguez Tejada N	A-680, A-781, A-2793
Rodríguez Ordóñez M	A-1743, P-2429, P-2435	Rodríguez Toboso J	P-2732
Rodríguez Ortega CS	A-458, P-484, P-808	Rodríguez Triana MI	P-1706
Rodríguez Ortuño J	A-134, A-1732, A-1741, A-2449	Rodríguez Trujillo A	A-680, A-781, A-2793
Rodríguez Ourens M	A-2628, P-1324, P-2088, P-2612	Rodríguez Zambrano F	A-1737
Rodríguez Pacheco BB	P-890	Rojano Martín B	0-50, P-51, P-54, P-56, P-57, P-1996
Rodríguez Panedas N	P-2810	Rojas Barrantes AC	P-521
Rodríguez Paredes J	0-304, 0-964	Rojas Bueno L	A-1369, P-532
Rodríguez Pereiro M	P-2386	Rojas García E	A-978
Rodríguez Pérez L	A-2132	Rojas Hernández M	A-1945, A-1946, A-1949
Rodríguez Perut S	P-392, P-402	Rojas Luan R	A-1343, A-2688, P-849, P-1854, A-2457, P-2553
Rodríguez Piedracoba C	A-1600, A-2281, P-1603, P-1649	Rojas Martínez MM	P-576, P-1094, P-1604, P-1606, P-2731



ÍNDICE DE AUTORES

Rojas Navas C	A-458	Romero Martín S	P-177
Rojas Ramírez A	P-2129	Romero Martínez I	A-354
Rojas Ramírez AB	A-848, 0-927, P-902, P-1279, P-1808, P-2123	Romero Martínez M	P-973
Rojas Sánchez A	A-2262, P-577, P-2200, P-2267	Romero Moreno MA	0-957, 0-958
Rojas Valdivé R	P-2752, P-2753	Romero Pareja R	0-917, 0-924, P-1977
Rojas Marcos Rodríguez de Quesada J	P-1509	Romero Ramírez C	P-1508
Rojo F	P-2679	Romero Romero A	P-2596
Rojo Aguza FM	0-624	Romero Romero RD	P-2232
Rojo Iniesta M	A-72, A-1958, A-2590, P-1265, P-2094	Romero Secin AA	A-1016, P-946
Rojo Pérez E	A-960	Romo Acedo C	0-1465
Rojo Santos E	P-288	Romo Guajardo-Fajardo C	P-444, P-580
Román L	A-1371, P-794	Roque Lloveras A	P-2511
Román LM	A-103, A-1929, A-2801, P-11, P-116, P-1234, P-1352, P-1794	Rosa Rubio FJ	A-731, P-2490, P-2502
Román Pérez FJ	P-1077	Rosa Salazar V	A-1332
Romano Díaz A	A-773, P-1201	Rosa Úbeda FJ	P-1173, P-1222, P-2092
Romay Casañ M	P-1748, P-1749, P-1750, P-1751, P-1752	Rosado Mena L	A-2698
Romera R	0-94	Rosales Maestre M	P-2596
Romero R	0-304	Rosario Godoy G	A-1287
Romero S	0-2305, P-1074	Rosario Lapaix D	A-2142, P-1008
Romero Alias AJ	A-1274, P-1843	Rosas Vilar FC	P-39
Romero Brugera M	A-547, P-482, P-517, P-542, P-543, P-544, P-1798	Rosell Ortiz F	P-737
Romero Candel GRC	P-362	Rosell Vergara E	A-488, A-905, A-1419, A-1500, A-1510, A-1878, A-2018, A-2131, A-2141, A-2629, A-2677, P-504, P-959, P-1502, P-1887, P-2009, P-2010, P-2020, P-2115, P-2125, P-2512, P-2645, P-2666
Romero Castro Y	P-486, P-1821	Roses Cueva P	P-967
Romero Cebrián MA	A-106, A-552, P-107	Roset Rigat A	0-867
Romero Conde A	A-1510, A-2141	Rosillo Castro D	A-1354, A-1927, A-1950, A-2678, P-875, P-1434, P-2083
Romero Crespo P	A-1063, P-823, P-831, P-877, P-1119, P-1256, P-1259, P-1829, P-1833, P-2578	Rosillo-Daoiz De Puig L	P-583
Romero Fernández AB	P-789, P-790	Rotger Terrasa A	P-647
Romero Gallego-Acho P	P-294	Roure Díaz S	P-1276, P-1561
Romero Gómez M	0-194	Rovira Arias M	0-249, P-217
Romero González M	A-598, P-394	Roy Vallejo E	A-568
Romero Imbroda J	A-1613	Royo Hernández R	0-833, 0-951, P-1832



ÍNDICE DE AUTORES

Royuela A	0-94	Ruiz Álvarez I	A-1616, P-1608
Royuela García L	A-4, A-1067, P-1819, P-1863, P-2151	Ruiz Andrés C	A-2676
Royuela Ruiz P	P-164, P-2002	Ruiz Aranjuelo A	P-2744
Roz Sánchez M	P-1571	Ruiz Artacho P	0-1474, 0-1475, P-559, P-1033
Roza Alonso C	P-1059	Ruiz Ávila M	P-479
Ruano Quero AC	A-115, P-1446	Ruiz Cantalejo MA	P-452, P-2541
Rubianes Fernández P	P-1445	Ruiz Casado A	P-2165
Rubini Puig R	A-851, A-852, P-403	Ruiz Casquet J	A-1740, A-2447, 0-1349, P-575, P-1168, P-2093, P-2108, P-2733
Rubiño Yáñez E	A-940	Ruiz Cicero E	A-1881
Rubio Alcantud A	0-1021	Ruiz Cosano MR	P-807, P-1800
Rubio Belmonte S	A-2197, P-2188, P-2713	Ruiz Cuevas V	A-135, P-2810
Rubio Cañadas V	A-202	Ruiz de Las Heras Ganuza R	A-247, P-245
Rubio Casas O	0-1007, P-2473	Ruiz del Álamo I	P-1035, P-2168, P-2188
Rubio Chacón C	A-1358, A-1937, P-1468, P-1830, P-2076	Ruiz del Pino J	A-2677, P-2645, P-2664, P-2666
Rubio Chacón JJ	A-1937	Ruiz Domínguez A	P-2527
Rubio Díaz R	A-1043, A-1060, A-1084, A-1580, A-2181, A-2182, A-2328, A-2341, P-239, P-344, P-1075, P-1077, P-1586, P-2157, P-2158, P-2201, P-2236, P-2269, P-2355, P-2358, P-2535	Ruiz Domínguez T	P-1096
Rubio Domínguez AJ	P-433	Ruiz Fernández A	P-66
Rubio González MJ	A-135	Ruiz García A	P-1068
Rubio Mellado A	A-1580, P-2725	Ruiz González F	0-644
Rubio Mellado M	A-1580, A-2392, P-2158, P-2205, P-2394, P-2725	Ruiz Grinspan MS	A-1212, P-541, P-2692
Rubio Miguel MC	A-989, A-1511, A-2133, A-2699	Ruiz Hornillos P	0-158, 0-690
Rubio Morón M	P-662	Ruiz Huarca LN	A-2004, P-381, P-2478, P-2572
Rubio Ramos A	P-537, P-2107	Ruiz Izquierdo J	0-428
Ruescas Escolano E	P-430	Ruiz Larrañaga I	P-1722, P-2778
Ruhr Mueller M	P-796	Ruiz López JL	P-420, P-1485
Ruipérez Chumillas M	P-469	Ruiz López L	P-173, P-174, P-671
Ruipérez Moreno M	A-1713, P-2732	Ruiz Martínez L	A-1195
Ruiz A	0-714	Ruiz Martínez R	P-1046
Ruiz Abad V	0-283	Ruiz Merino R	P-113, P-1082, P-2319, P-2353, P-2755
Ruiz Álvarez A	A-1106, A-1616, A-2215, P-554, P-1571, P-1608	Ruiz Montero M	P-376, P-737
		Ruiz Montero MM	0-1823, P-2139
		Ruiz Muñoz M	P-2334



ÍNDICE DE AUTORES

Ruiz Ojeda M	A-855, A-901, A-912, A-1270, A-1359, P-321, P-322, P-765, P-843, P-1351, P-1890, P-2055, P-2600, P-2786	Sabio Reyes F	A-2676, P-386
Ruiz Ortiz E	A-522, A-2608, P-840, P-841, P-955, P-2809	Saburido Castrillon P	A-1947
Ruiz Pérez H	P-148	Sada Ruiz M	0-437, P-2669
Ruiz Polaina MJ	A-37	Sáenz Moraga S	P-163
Ruiz Rejano S	P-433	Sáez Bueno P	A-1531, P-1530, P-2149, P-2150, P-2703
Ruiz Reyes FJ	A-1745, P-657	Sáez Gallego NM	0-271
Ruiz Ruiz F	A-1029, P-2154	Sáez García E	A-199, A-203
Ruiz Ruiz FJ	P-1232, P-2571	Sáez Rodríguez E	A-1194, A-2374
Ruiz Ruiz JF	P-1036	Sáez Segura AP	P-967
Ruiz Ruizgómez M	P-55	Sahuquillo Frías L	0-2463
Ruiz Sáez M	A-257	Sainz de Andueza M	A-1789, 0-283
Ruiz San Millán JC	P-2536	Sainz Santos B	P-2067, P-2068
Ruiz Sanz MA	A-1935, 0-365, P-41, P-865, P-2471	Sainz-Maza Aparicio M	A-2771, P-1164
Ruiz Simón FA	A-1194	Saire Atauje PP	P-834, P-1827
Ruiz Tajuelo S	A-115	Saiz Peña A	P-2448
Ruiz Vert MJ	A-205, A-333, P-523	Saiz Rubio MJ	P-2649
Ruiz Vidal Y	P-1758, P-1759	Saiz Saiz C	P-369
Ruiz Zafra JM	P-1346	Saiz Yoldi E	A-29, A-1100, A-1102, A-1535, A-1563, A-1671, A-2195, P-1057
Rull Bertrán P	A-1236	Sala Anglerill MM	P-687
Rulló Valls C	P-408	Sala Climent L	P-1782
Rupérez Arribas P	A-1709	Sala Sainz MC	A-820, A-1944, P-533, P-949, P-1258, P-1306, P-1999, P-2025, P-2179
Russo Martínez L	P-412	Salag Rubio LP	A-1149, P-592
Ruz Zafra A	P-2159	Salas Antolínez A	P-284
S P N	P-937	Salas Butrón MC	0-500, 0-501, P-499
S R Z	P-2067	Salas Pallicer A	A-2659
Saadi MA	P-847, P-1647	Salas Pelayo C	P-1318
Saavedra Casado S	A-1200	Salazar Agullo M	P-334
Saavedra Menchón C	A-1692, A-2440, A-2442, A-2444, 0-305, P-306, P-1161, P-1723, P-2363, P-2367, P-2411	Salazar González K	A-2295
Sabatel Pérez F	A-2181, P-1058, P-1075	Salazar Puntas A	P-578, P-600, P-1461, P-1697
Sabín Gómez ML	P-977	Salazar Sánchez JA	P-711
Sabio Repiso P	A-1212	Saldarreaga Marín A	A-692, P-415
		Sales García J	A-269, P-264



ÍNDICE DE AUTORES

Salgado De La Iglesia M	P-2545, P-2546	San Martín Espinosa A	A-2090, P-998, P-1466
Salgado García E	0-155, 0-2508	San Sebastián Ramírez B	A-1939
Salgado E	P-2476	San Segundo Rivera D	P-138
Salgueiro Ruiz J	A-1015, 0-763	San Valero Carcelén E	A-851, A-852
Salgueiro Ruiz JJ	A-2146, P-1505	Sanantón López J	A-1155
Salinas Izquierdo M	0-722	Sánchez S	P-1255
Salinas Pérez M	A-260	Sánchez T	A-2354, P-590
Salinero Abad A	P-159	Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete P	A-1043, A-2181, A-2193, A-2341, P-1058, P-1075, P-2349, P-2157
Salinero Jiménez A	P-119	Sánchez Alaminos M	A-1622
Salmerón Béliz OJ	A-356	Sánchez Álamo B	A-2303, A-2718, P-2161, P-2517
Salmón González Z	A-35, A-1041, A-1407, P-2522	Sánchez Alonso A	P-1228
Salmoral González J	P-298	Sánchez Amo L	A-1398, A-2040, P-1412, P-2007, P-2011, P-2570
Salor Moral D	A-2372	Sánchez Andrés C	P-248
Salto Ariza AT	P-53, P-56	Sánchez Ballester E	A-383, A-863
Salueña Baquedano AB	0-282	Sánchez Bueno V	P-171
Salvador Casabón JM	P-1093	Sánchez Canto A	P-399, P-2573, P-2583, P-2587, P-2589
Salvador Montero B	A-383, A-863, P-936, P-1403	Sánchez-Carpena Garrido-Lestache J	A-1600, A-1658, P-1603, P-1614
Salvador Pleguezuelos L	P-470	Sánchez Cervantes FJ	P-2664
Salvador Rubio R	A-2780, P-2399	Sánchez Cortés A	P-1753
Salvador Sánchez JJ	P-2493, P-2494	Sánchez de la Torre S	P-2161
Salvador Suárez F	0-762, P-796	Sánchez del Hoyo C	P-138
Salvador Suárez FJ	A-2146, 0-750, P-1505, P-2807	Sánchez Del Viso Y	P-2243, P-2269
Salvatierra Maldonado AF	A-137, A-1576, A-2143, A-2617	Sánchez Díaz C	P-1602
Salvia Cerdà M	P-1643	Sánchez Díaz I	A-947, A-1871, P-1883, P-1886
Salvo Marco E	P-823	Sánchez Díaz R	P-173
Samuel Benítez N	A-1627, A-1628, P-2745	Sánchez Díaz S	A-2659
San Emeterio Barragán MM	P-689, P-786	Sánchez Díaz-Canel D	0-1475, P-1215, P-1773, P-2559
San José Borreguero AM	A-1709	Sánchez Domínguez P	A-1544
San José Castany A	P-1245	Sánchez Fernández C	P-220
San José Laporte A	P-421, P-422	Sánchez Fernández de Pinedo A	A-747
San José Ruiz M	P-369, P-370	Sánchez Fernández G	A-407
San Juan Quiles A	P-334		
San Martín Díez MA	P-1355, P-1415		





ÍNDICE DE AUTORES

Sánchez Fernández M	0-1216, P-1218, P-1228	Sánchez Méndez F	A-1620, P-1092
Sánchez Fernández MT	A-1536, A-1618, A-2279, P-1537, P-2530	Sánchez Menéndez S	A-495, A-2441, A-2496, A-2783, P-545, P-830, P-832, P-1262, P-1882
Sánchez Fraga A	P-364	Sánchez Mesa B	A-1419, A-2018, P-2009, P-2010, P-2013, P-2014, P-2020
Sánchez Galindo FJ	A-1065, A-2210, A-2211, A-2717, P-2231, P-2233, P-2326	Sánchez Miguel C	P-2504
Sánchez Galletero ML	A-1372	Sánchez Molina F	P-433
Sánchez García B	P-1185	Sánchez Montesdeoca J	A-738
Sánchez García E	A-1876	Sánchez Monzo G	P-185
Sánchez González AM	P-909	Sánchez Moreno M	A-1246, P-1224, P-1227, P-1437, P-1920
Sánchez González B	0-428	Sánchez Morla A	A-911, A-1267, P-535, P-836, P-1468
Sánchez González González AM	P-300	Sánchez Moro VM	A-2630
Sánchez González M	0-964, 0-1114	Sánchez Nicolás J	P-2411
Sánchez Guevara MS	A-112	Sánchez Nicolás JA	A-2444, 0-305, P-306
Sánchez Guirao AJ	A-1950	Sánchez Ortiz S	A-1149, P-592
Sánchez Hernández JG	P-2494	Sánchez Pastor M	P-432
Sánchez Íñigo L	A-925	Sánchez Peinador C	P-2078
Sánchez Justiniano A	A-2438	Sánchez Perea J	P-711
Sánchez Liberal JJ	P-711	Sánchez Pérez I	P-2622
Sánchez Llópez P	A-1266, A-1282, A-1420, 0-2694, P-546, P-2119	Sánchez Pérez IM	A-887, A-1940, P-1491
Sánchez López A	A-1143	Sánchez Pérez M	A-103, A-483, A-1929, A-2801, P-794, P-1229, P-1234, P-1352, P-1779
Sánchez López IC	A-601, A-1612, A-2378, P-441, P-581	Sánchez Pina B	A-2171, P-1023
Sánchez López J	0-961, P-963, P-1464, P-2087	Sánchez Prida N	A-1358, A-1937, P-2459
Sánchez López P	A-109, A-1010, P-1421, P-1477, P-2098	Sánchez Prieto Y	P-1036, P-2351, P-2402
Sánchez Marcos C	P-1376	Sánchez Prieto Castillo J	A-1043, P-1058, P-1075, P-2201
Sánchez Marín MJ	0-1823, P-376, P-2139	Sánchez Quijada V	P-693
Sánchez Márquez MP	P-1360	Sánchez Ramírez MA	P-345
Sánchez Martín S	P-1227	Sánchez Ramón S	A-135, 0-2497, P-411, P-1048, P-1133, P-1144, P-1406, P-2015, P-2078, P-2338, P-2693
Sánchez Martínez I	0-1570, P-1987	Sánchez Ramos M	P-1436
Sánchez Martínez L	A-1947	Sánchez Rocamora JL	A-2701, P-791, P-1219, P-1766, P-2564
Sánchez Martínez S	A-1246, P-1027, P-1224	Sánchez Rodríguez C	0-751, P-216
Sánchez Mejía YE	A-1104, P-1291		
Sánchez Melgarejo FJ	P-2675		





ÍNDICE DE AUTORES

Sánchez Rodríguez JC	A-89, P-2258	Sanclemente Ansó C	P-404
Sánchez Rodríguez LM	A-1009	Sanjuán Linares A	0-739, P-977
Sánchez Rodríguez N	P-165	Sanjuán Quiles A	0-457
Sánchez Rodríguez R	A-1123, P-398, P-1416, P-1655, P-1663, P-1674, P-1676, P-2325, P-2777	Sanlés González I	A-71, A-1041, A-1061, A-1851, A-2173, A-2286, P-36, P-1040, P-1597, P-2162
Sánchez Ropero E	P-376	Sanmartín R	P-480
Sánchez Roy O	0-339, P-461, P-474, P-551	Sanmartín Allué H	P-175, P-178
Sánchez Ruiz M	A-1269, A-1309, A-2602, P-1790, P-1791, P-2562	Sanmartín Berraquero R	0-701, P-706, P-800, P-2552
Sánchez Ruiz S	P-1076	Sanmartín Melero MJ	P-455
Sánchez Salmerón F	A-1362, A-1479	Sanpedro Jiménez F	0-2305, P-2526
Sánchez Sánchez A	P-1772	Sanromá Carrasco C	P-823
Sánchez Sánchez M	0-372, 0-883, 0-885	Sanroma Mendizábal P	P-401
Sánchez Sánchez MJ	P-774, P-1199	Sansano S	A-787
Sánchez Sánchez P	A-903, A-1938	Santamaría Amat D	A-481, A-1762, P-782, P-1747, P-1763, P-2116, P-2543
Sánchez Sánchez S	A-97, A-932, 0-1007, P-2473, P-2576	Santamaría Marín A	P-1045, P-1046
Sánchez Saura A	P-2263	Santamarina Carvajal F	A-978, P-386, P-1458, P-2070
Sánchez Sendin D	0-290, 0-291, P-1, P-1764	Santana Martínez I	P-1268, P-1278
Sánchez Soler S	A-1847, A-1848, A-2206, P-446, P-1650, P-1835, P-1850, P-2190, P-2404	Santana Rodríguez J	A-2446
Sánchez Suárez L	A-383, A-503, A-863, A-2066, P-936, P-1403	Santana Romero M	0-1373, P-886
Sánchez Tembleque J	P-2448	Santiago Cid F	A-224, P-223, P-225
Sánchez-Trancón Sánchez A	P-1610	Santiago Gómez R	A-1065, A-2210, A-2211, A-2717
Sánchez Utrera A	A-827	Santiago Gómez RM	P-2231, P-2233
Sánchez Valdeón L	P-268	Santiago López RM	A-2617
Sánchez Valdés A	A-332	Santiago Poveda C	P-1788, P-2260
Sánchez Valencia A	A-1269, A-1293, A-1309, A-1856, A-2602, P-1790, P-1791, P-2562	Santiago Sáez A	P-197, P-389
Sánchez Vicente M	A-161, P-19, P-1981	Santianes Patiño J	P-397, P-398
Sánchez Zapata M	P-1321, P-1554	Santillán Saco R	P-380
Sanchís Osuna A	P-1231	Santirso Fernández R	A-613, P-604
Sanchís Pardo B	A-1694, A-2373, A-2381, A-2421, P-1691, P-1718, P-2371, P-2380, P-2426, P-2430	Santos Calonge A	0-2739, P-2742
Sancho Esteras JA	P-417	Santos De Vera A	0-1113
		Santos Escudero JM	P-2563
		Santos Folgar M	A-272, 0-271
		Santos Gravalosa M	P-1142



ÍNDICE DE AUTORES

Santos Ledo C	A-2653	Segura González EM	A-962
Santos Martín MT	P-160	Segura Martín L	P-1494
Santos Medina R	P-479	Segura Rodríguez M	0-1007
Santos Méndez N	A-2195, A-2339, P-1656	Segura Rodríguez T	P-206
Santos Orus M	P-2563	Seijas Rodríguez C	P-1825
Santos Pérez ME	P-2493	Sempere Montes G	A-2184
Sanvalero Carcelen E	P-403	Sempere Ramón MC	P-704
Sanz I	0-1636	Sempere Selva MT	0-1570
Sanz Almazán M	P-2002	Sena Ruiz EM	A-1493, P-2121
Sanz de Barros MR	P-980, P-2403	Sencianes Caro R	P-986
Sanz de Galdeano F	0-437	Sendín Martín V	A-1866
Sanz de Galdeano Delgado S	P-39, P-101	Senosiain Larrion MV	P-258
Sanz Díaz R	P-671	Seoane Novas A	A-2184, P-1588, P-1589, P-2163, P-2722
Sanz Gallego I	P-2383	Seoane Suárez C	P-1153, P-1685, P-1686, P-2428
Sanz Lorente R	A-1212, P-541, P-1649	Sequeda Vázquez E	P-591
Sanz Pérez I	0-2488, P-2526	Seres Roig M	0-2128, P-1217, P-1682
Sanz Plaza C	A-142, A-1054, A-1575, P-32, P-570, P-1055, P-1564, P-2750, P-2751	Serra C	P-395
Sanz Rosa D	0-917	Serra Labrador M	P-1050
Sanz Sáez S	0-463, 0-621, P-200, P-618	Serra Toledo R	A-161
Sanz Sanz M	A-1120	Serrano Z	A-1155
Sarrapio J	0-1636, P-1074	Serrano Aísa P	P-944
Sastre Perona MA	A-1043, P-1058, P-1075	Serrano Baena M	P-2079
Saura Codina M	P-2682	Serrano Benavente RA	A-1248, P-1801, P-2464
Saura García I	A-1103, A-2408, P-127, P-377, P-446	Serrano Cuesta P	P-389
Sebastián Cambon R	A-821, P-1249	Serrano Escobar A	P-381
Segarra Cantero E	P-340	Serrano Gil M	P-1477, P-2098
Seguí Grégori J	0-1492	Serrano Gil MJ	0-2694, P-1421
Segura S	0-2529, P-2477	Serrano Gómez S	P-2158, P-2236, P-2269
Segura Alba O	P-179	Serrano Henriques-Gil D	0-1019, P-1020, P-1534
Segura Arrabal LM	A-1200, P-470	Serrano Heras A	A-1870, A-2137, A-2586, P-484, P-1096
Segura Fornieles AJ	P-1230	Serrano Herrero D	P-788
Segura Frago A	0-1007	Serrano Lacouture EA	A-98, A-141, A-1519, A-1744, P-136, P-1473



ÍNDICE DE AUTORES

Serrano Macoillo G	P-1959	Simoes da Silva Pereira EJ	0-649, P-728
Serrano Martínez JA	P-377	Simoes da Silva Pereira SC	0-649
Serrano Merinas JC	P-1210, P-1211	Simón Pascua L	0-428
Serrano Moraza A	A-293	Simón Prado I	P-1775, P-2556, P-2557, P-2558
Serrano Navarro J	P-1152	Simón Ruiz V	A-313
Serrano Navarro JM	A-2023, A-2346, A-2396, P-2424	Simón Sáez AB	P-677
Serrano Sánchez MP	P-439	Sinisterra Aquilino J	A-269
Serrano Selva ME	P-390, P-393	Sionis A	P-813
Serrano Simonneau J	0-649	Sirbu S	P-2582
Serrano Soto M	A-1195	Siris Gonzáles L	A-1624, P-1526
Serrato Llamas MT	A-1274, P-1843	Smithson Amat A	P-1559
Sesma Leaire JM	P-449, P-451	Sobreviela Albacete M	A-1054, P-32, P-33, P-59, P-1055, P-1564, P-2241, P-2750
Sevilla Ramírez N	P-444, P-580, P-1027	Sobrino Llamas P	0-643
Sevillano J	P-1, P-1764	Soheim M	P-757, P-2721
Sevillano Fernández J	A-407, P-1206	Soheim El Sayed M	A-1100
Shimabukuro Higa EK	A-135	Sojo Elías M	A-1190, A-1191, P-2434
Sicilia Barea E	P-1122	Sojo Nalda MD	A-2625
Sierra Bergua B	P-933, P-1036, P-1080, P-1232, P-1607, P-2166, P-2571	Solà Muñoz S	P-248
Sierra Cuevas V	A-2551	Solano Barenys B	P-2545, P-2546
Sierra Piqueres C	P-288	Solano MF	P-1376
Sierra Prefasi F	0-1349, P-2108	Solar Gil I	A-1136, A-2528, P-1064, P-2342, P-2724
Sierra Quintana E	A-285, A-490, A-2542, 0-701, 0-718, P-480, P-706, P-800, P-2552	Solas Ruiz S	A-2521, P-2152, P-2516
Sierra Piqueres C	P-699	Solé Gómez A	A-678, A-679
Sigüenza González R	A-2482, P-1467, P-1478	Soler Castillo AI	0-282, P-284
Sigüenza Ortiz JM	A-1954	Soler Lladó C	0-2488, P-421, P-422
Siles Jiménez V	A-589, P-121, P-588, P-1704, P-1721, P-1733, P-1998	Soler Núñez M	A-905, A-2629, A-2677, P-2645, P-2664, P-2666
Silva Castillo E	P-2504	Soler Sellarés M	P-687
Silvero Y	P-2661	Soler Sempere MJ	A-787
Silvestre Aparicio P	P-217	Solera Suárez M	0-762
Simarro Herráez MJ	P-1986, P-2648	Solis López M	0-562, P-1439, P-1440, P-2050, P-2051
Simó Gisbert J	P-2661	Sollet Galian A	P-2117
		Soltoianu D	P-2691



ÍNDICE DE AUTORES

Soneira Rodríguez Z	A-2620, P-2068	Suárez Bustamante RM	0-739
Soria Candela P	A-1104, A-1941, 0-435, 0-436, P-443, P-2293	Suárez Cadenas R	A-1844, A-2598
Soria Domingo S	P-464	Suárez García JM	P-2791
Soria García C	A-1490, P-1436	Suárez Piñera S	P-2088, P-2747
Soria Soto M	P-441, P-581	Suárez Pita D	P-2459
Soria Torrecillas JJ	A-2688, P-1496	Suárez Rodríguez R	P-1664
Soriano Arrollo R	A-910, A-931, A-1939	Subirats Edo I	P-1588
Soriano Benet MJ	P-403	Subirats Gómez T	P-666, P-717
Soriano Benet P	A-851, A-918	Such Aparicio M	A-2398, 0-762
Soriano de Antonio MT	P-1551, P-1552	Suelim Selma E	A-2781
Soriano Gómez F	P-1325	Suero Méndez C	0-749, 0-806
Soriano González C	A-301	Suero Méndez MC	P-2504
Soriano González MC	P-805, P-1210, P-1211, P-1264, P-1768	Supervia Caparrós A	P-2507, 0-2508
Soriano Román A	P-176	Tabares Rodríguez S	P-1634, P-1660
Soriano Segura M	P-2165	Tabares Salgado C	P-1053
Soriano Soriano I	P-929	Taboada Prieto MS	P-1268, P-1278
Sorribes Monfort JJ	P-1460	Tainta Laspalas M	A-709, P-156, P-700
Sotelo Kesti N	A-1190	Talegón Martín R	P-1652
Soto Bernal MC	A-2457	Tallón Aguilar R	P-2327
Sousa Reviriego M	A-525, A-527, P-526	Tamargo Miguel FJ	A-1767, P-280, P-1213, P-1774
Sow Lanzas Y	A-1743, P-2435	Tang Valdez R	P-1249
Spaans Fernández N	P-1319	Tapia Lobo A	0-630, P-216, P-2544
Spihlmann Freiberg K	P-2400	Tapia Martínez J	P-404, P-2013, P-2014
Stefanova Yordanova I	A-707	Tarabó S	0-1235
Steinherr Zazo A	A-1626, P-1559	Tarjuelo Gutiérrez L	P-2732
Stepanova K	P-1610	Tarnos Alegre C	P-1646
Strobosch Conesa L	A-601, A-1612, A-2378, P-441, P-581	Tarragón Estébanez B	P-998
Suanzes Díez P	A-2109, 0-1636, 0-2305	Tárrega Ferrer I	A-1132
Suárez M	0-372	Tazón Varela MA	A-2028
Suárez Ardura M	0-983	Tejada Cifuentes F	P-362
Suárez Bernal M	0-155	Tejada Lineros F	A-1361
Suárez Bustamante R	0-211, 0-690	Tejada Solados R	P-2106, P-2124
		Tejedor Montaña A	P-938



ÍNDICE DE AUTORES

Tejedor Simón E	A-43, P-572, P-2226, P-2774	Tolmos Estefanía MT	A-1013
Tejera Puente H	A-904, A-1353, A-1931	Toloza E	P-1024, P-1025
Tejerizo Saez MM	0-282	Tomás P	P-431
Tejero de Santiago JJ	P-2764	Tomás Chaume L	P-1397
Tejero Muñoz B	P-2696	Tomás Jiménez E	P-2347
Tejero Pallares C	P-1347, A-1942, P-130, P-1342	Tomás Monroy L	A-2197
Tejero Sánchez E	A-97, 0-1007, P-583, P-789, P-790, P-2007, P-2473, P-2576, P-2746	Tomás Muñoz JJ	A-548
Tejón Ruiz M	A-1793, P-1792, P-1822	Tomás Ortiz L	A-1622, P-2239, P-2242
Tellería Bereciartua A	A-462	Tomé Reollo V	P-1226
Téllez González L	A-1880, P-1859	Tope Love JJ	A-2443, P-1131
Téllez Joya FI	A-492, P-2556, P-2557	Toquero Díez P	P-2238
Tello Mendiola D	0-1235	Toral Buena PA	A-2700, 0-1006
Tello Ochoa A	0-961, P-963	Toral Marín J	A-1695, 0-1497, 0-1687, P-117, P-1394, P-1688
Temboury Ruiz F	A-1419, A-1510, A-2141, P-2020, P-2512	Toranzo Nieto I	P-1318
Tena Salvador L	P-2613	Torcal Baz M	A-315, P-826
Tentor Viñas A	A-2372	Torcuato Barrera R	0-1527, 0-1528, P-2046, P-2048
Terán Díez M	A-755, A-1171, P-1172	Toresano López D	A-71, A-1061, A-1061, A-1851, A-2173, A-2286, P-36, P-1040, P-1597
Terán Díez V	A-755, A-1171, P-1172	Toribio Velamazán B	A-553, A-1294, A-1304
Terán García M	P-374, P-375, P-406, P-413	Tormo Martí C	P-847
Ternero Escudero D	A-2331, A-2375, P-100, P-576, P-1128, P-2329, P-2368	Torné Vilagrassa E	0-382
Terol Esteve A	A-2318	Tornel Miñarro J	P-176
Terriza Ríos A	A-2297	Torralba González de Suso M	0-784
Terrón Fuentes D	A-563, P-2199, P-2237	Torrealba Rodríguez I	A-1015
Thuissard Vasallo IJ	0-917	Torrealba Rodríguez MI	0-750
Tierno Montero T	P-697	Torregrosa Nadal C	A-203, A-212
Tieso María E	0-1587	Torrejón Herrera A	P-277
Tijero Rodríguez B	A-2058, P-2078	Torres R	A-1576
Timoner Almiñana M	P-2661	Torres Alves S	P-368
Tirado Patiño M	A-2193	Torres Armendáriz S	P-772
Tirado Valencia C	P-409	Torres de Sebastián M	0-194
Tofiño Pajares R	0-643	Torres Del Arco R	P-2357
Toledano Sierra P	P-835, P-1841	Torres Díez E	A-1407



ÍNDICE DE AUTORES

Torres Figueiras M	A-787	Trescolí Serrano J	P-222
Torres Garate R	P-889, P-1996	Trespaderne Díez JR	0-871, 0-874, P-181, P-183, P-777, P-1326, P-1889
Torres García F	0-690, P-667, P-668, P-669	Triviño Hidalgo J	A-2023, A-2346, A-2396, A-2442, A-2447, P-1152, P-1161, P-1723, P-2424
Torres Gómez de Cádiz C	P-1756	Troiano Ungerer OJ	P-1245
Torres González A	P-1460	Troncoso Recio S	P-2649
Torres Marín ME	A-1343, A-2457, P-1854, P-2553	Troya Carretero M	A-1693, P-1183
Torres Martín LP	P-1919	Trueba Vicente A	P-2468
Torres Ortega C	P-207	Trujillano Ruiz A	0-434
Torres Pena I	A-1294, A-1304, A-1826, P-1305	Trujillo Fox MC	0-1579, P-1549
Torres Quilis C	0-1642	Trujillo Luque D	P-2122
Torres Reyes K	P-1778	Tuñón Sánchez R	P-2672
Torres Rodríguez E	A-1190, A-1191	Turbau Valls M	0-1507, 0-2128, P-1217, P-1682
Torres Rodríguez J	A-260	Turcios De Mendoza MJ	P-985
Torres Rodríguez M	P-514	Úbeda Iglesias A	0-1527, 0-1528, P-2046, P-2048
Torres Sánchez del Arco R	0-784, P-1669	Uceda Palanco B	0-690
Torres Santos-Olmo R	0-429, P-432	Ukar Naberan A	A-29, A-1100, A-1102, A-1535, A-1563, A-1671, A-2195, A-2534, P-1057
Torres Santosolmo R	P-1522	Uldemolins Gómez I	A-1390, A-2445, 0-1587, P-2809
Torres Torres J	A-2035	Undabeytia López L	A-1761, P-236
Torres Torres JV	A-44, P-16, P-2260, P-2531	Unzaga Ercilla I	A-349
Torres Vera L	A-2276	Urbano Panadero B	P-2359
Torres Vera LV	P-1558	Urbano Vivanco CS	P-2810
Torrijos Cuesta D	P-1288	Urbieta Sanz E	0-434
Tovar Jorge E	A-1266, P-1421	Urbina Soto L	P-1318
Tovar Peñaranda MJ	A-1694, A-2373, A-2381, P-1718, P-2371, P-2430	Urdaz Hernández M	A-2749, P-986, P-2335
Tóvar Jorge E	0-2694	Uria Paumard I	A-1390, A-2445, 0-1587, P-2809
Tóvar Peñaranda MJ	A-2421, P-2426	Uribe-Echeverría Martínez E	P-1237
Tranche Álvarez-Cagigas P	A-73, A-954, A-962, A-975, A-1524, A-1617, A-2695, P-891, P-1444, P-1448 P-2053, P-2751	Uribe Mathews AR	P-128
Trapero Iglesias N	A-2689	Urigoitia Ugarte A	P-549
Trapiello Valbuena F	A-1042, P-1830	Urkia Mieres C	A-738
Travería Becquer L	P-419	Urquizu Padilla M	P-421, P-422, P-2526
Trenado Álvarez J	0-428	Urraca Gamaury A	P-1795





ÍNDICE DE AUTORES

Urtecho Paredes FM	P-834, P-1827	Valiente Bayarri M	P-2593
Usieto López L	A-1375, P-99, P-1401	Valiente Maresca P	A-1083, A-1084, P-69, P-2355
Utrilla Cid N	A-727	Valladares Jiménez C	P-2096, P-2100
V G C	A-1935	Vallarino Terán V	P-1471
V G P	P-123	Valle Alonso J	P-2345
V M J	P-896	Valle Gil MT	P-40
V P A	P-520, P-896	Valle Puyol M	P-1093
Vaamonde Paniagua C	P-52	Valle Rodríguez E	P-1879, P-1924, P-1980, P-2006
Vacas Tapia E	P-353	Vallellano Domínguez R	A-1868
Val de Santos J	A-30	Vallmitjana Fernández V	A-2771, P-1164
Val Jiménez CL	P-2097, P-2732	Vallverdú Vidal M	A-1313, A-1314, P-1288, P-1312
Valdeolivas Hidalgo N	P-593	Valpuesta Meleiro E	A-1600, A-2281, P-1603
Valderas Cortés GF	A-1567	Valverde López V	A-773, P-2107
Valdés De Fez C	P-319, P-662	Valverde Martínez S	P-121, P-1476
Valdés Martín GI	P-689, P-786	Valverde Sevilla J	A-954, A-1524, A-2110, A-2695, P-891
Valdez Flores K	P-487	Valverde Vallejo P	P-494, P-1824, P-2467
Valdivieso Rodríguez R	A-2676	Vaquero Álvarez M	P-1714, P-2345
Valdiviezo Tasayco JL	A-70	Vaquero Barrón M	P-2574
Valdres Carroquino P	P-1036, P-1080, P-1232, P-2571	Vaquero de Sedas M	P-1450
Valdueva Sandin J	A-1513, 0-425, P-2005	Vaquero Sedas M	A-1928
Valencia Dutor A	0-244, 0-425, P-2005	Vara Diez M	A-1760
Valencia Galván FA	P-524	Vara Morate FJ	P-805, P-1210, P-1211, P-1264, P-1768
Valencia Molina JB	P-839	Varela Donoso C	P-1825
Valencia Tudor A	A-1513	Varela Patiño M	A-112, P-113, P-987, P-1651, P-1652, P-2319, P-2353
Valenciano Rodríguez J	0-703, 0-715	Vargas Iglesias S	A-2171, P-1023
Valenzuela Anguita M	P-473, P-1757	Vargas Rivas JF	P-284
Valerio Lugo JJ	P-521	Varo Porras A	A-488, A-1878, P-1887
Valerio Sallent LL	P-1276, P-1559	Vásquez del Águila TG	P-1729, P-1734
Valerio L	P-1561	Vásquez Sánchez A	A-2653
Valero Recio J	P-294	Vayas Abascal R	A-755, A-1171, P-1172
Valero Roldán JI	A-1839, P-1797	Vázquez Álvarez J	0-964, 0-979, P-1020
Valero San Cecilio R	P-2536	Vázquez Álvarez Z	A-495, A-2441, A-2496, A-2783, P-545, P-830, P-832 P-1262, P-1882
Valero Tellería B	A-1212		



ÍNDICE DE AUTORES

Vázquez Basallote M	A-1536, A-1618, A-2354, P-590, P-1537, P-2530	Vélez Molina P	A-438
Vázquez Casares AM	P-268	Veli Cornelio I	A-1287
Vázquez Corveiras C	0-620, P-663	Velilla Mendoza N	P-1499, P-2437
Vázquez del Águila TG	A-1744	Velilla Moliner J	P-1457, P-1515, P-1520, P-2118
Vázquez Jiménez MM	A-2133	Vena Martínez A	A-1926, A-2624, P-388, P-518, P-1348
Vázquez López C	A-2655	Venegas de L'Hotellerie MJ	A-2689, P-1509, P-2122, P-2478
Vázquez Páez JC	P-2127	Venegas Gato MF	P-2743
Vázquez Rey V	A-1363	Veneros Luzuriaga L	P-46, P-1758, P-1759
Vázquez Rodríguez LT	P-1468	Vento García G	P-2683
Vázquez Rodríguez LT	A-911, A-1267, P-836, P-1468, P-1830, P-1831, P-2076	Ventura M	0-2305
Vázquez Rodríguez MJ	0-749	Ventura Díaz S	P-845
Vázquez Rodríguez T	P-937, P-2056	Ventura Huarte I	P-705
Vázquez Ronda MA	P-809	Vera Campos M	P-165
Vázquez Santamaría D	P-279, P-622	Vera Villanueva S	A-903, A-1938
Vázquez Suárez M	P-969, P-1452	Verano García J	P-7
Vechionacci López O	P-1828	Verano Menéndez L	A-746
Vega Calvellido M	A-438	Verdejo Ledesma I	P-2005
Vega Calveres J	P-46, P-1758	Verdú Verdú A	P-667, P-668, P-669
Vega Guzmán R	P-235	Verdugo López-Blanco RM	A-1200
Vegas Revenga N	A-2173	Vergara Olivares JM	P-2645
Vegas Sánchez M	A-850	Vergara Pérez S	P-737
Veguillas Benito M	A-8, A-1146, P-10, P-2710	Verges Pernia C	A-466
Veiga Crespo C	A-73, A-1617, P-2776	Vericat Ramírez M	P-666, P-717
Velasco V	P-2477	Vert García S	P-2567
Velasco Amigó V	0-155, 0-2529	Vicario Jiménez N	A-2638, P-788
Velasco García N	P-238	Viceira Martín C	P-1653, P-2243, P-2355, P-2535
Velasco Guardado AJ	0-2492	Vicente A	0-94
Velasco Montes J	A-357, A-358	Vicente Bartulos A	P-31
Velásquez Arévalo M	A-2362	Vicente Carrión E	A-1018
Velayos García P	P-1652	Vicente de la Cruz M	P-1, P-1764
Velázquez Marín F	A-1332	Vicente Gutiérrez I	P-213
Vélez Gómez B	P-2327	Vicente Rodrigo JA	P-111
		Vicente Tobar ME	P-110



ÍNDICE DE AUTORES

Viciano Garrido R	0-1429, P-1428, P-2039	Villalba Guijorro N	0-603
Viciano Martínez A	A-904, A-1353, A-1931	Villalibre Calderón C	P-1608
Vico Fernández P	0-764	Villalonga Munar C	P-1366, P-1411
Vida Pérez M	A-2017, A-2019, A-2031, A-2145, P-2054	Villalonga Musoles J	P-2001, P-2049, P-2650
Vidal J	P-1074	Villán González A	P-554
Vidal Boadella F	P-185	Villao Guillén C	P-546
Vidal Borràs M	A-930	Villar Candelas P	P-392, P-402
Vidal Navarro P	A-1104, P-1291, P-1615	Villar Fernández L	P-969, P-1452
Vidal Soler L	P-1202	Villar Hoz E	P-607
Vidal Tanaka S	A-1106, A-1616, A-2215, P-554, P-1571, P-1608	Villar López MMC	A-1363
Vieitez Santiago M	A-35, A-2286, P-1026, P-1040, P-1142, P-2162, P-2427, P-2432, P-2522, P-2761	Villar Mena I	A-1839, P-1797
Vigil Megía I	A-1536, A-1618, A-2279, A-2354, P-590, P-1537	Villar Navas B	P-1997
Vigil Velis M	A-2023, A-2346, A-2396, P-1152, P-2424	Villar Ramos J	A-2229, P-132, P-1126, P-1646, P-1722, P-2337, P-2520
Vigo Peiró A	A-971, A-1861, P-973	Villaroel González-Elipe P	A-1545, A-1578
Vila Martí D	A-1536, A-1618, P-1537, P-2530	Villatoro Ramírez B	A-1136, A-2528, P-1064, P-2342, P-2724
Vila Santos J	A-1267, P-535, P-836, P-1831, P-2459	Villavicencio Carrillo P	P-330
Vilaboy Arias B	A-2287, A-2628, P-587, P-1324, P-2088, P-2612, P-2747	Villavicencio Luján P	P-1508
Vilanova Barceló MI	0-435, 0-436, P-443, P-2293	Villegas Del Ojo J	P-281
Vilar Pérez M	P-2649	Villén Villegas T	P-2468
Vilares Calvete M	A-172, A-191, A-192, A-2455	Villena García del Real H	P-1825
Vilaró Aragonés O	P-240	Villota García T	P-1610
Vílchez Rodríguez A	A-310, A-768, P-342, P-471, P-654	Vinat Prado S	P-1231
Vílchez Rodríguez C	A-310, A-653, A-768, 0-769, P-342, P-471, P-654	Viña Almunia A	A-2184, P-1589, P-2224, P-2722
Villa Álvarez MC	P-2716	Viñas Gimeno MA	A-2066
Villa García L	P-277	Viñas Viña M	0-529
Villacañas Redondo B	P-2779	Viñolas Formiga M	P-278
Villacorta Martín M	A-112, A-2409, P-987	Viola Candela AF	A-2143, A-2617, P-121, P-2231, P-2233
Villacorta MM	P-1082	Viola A	A-1576
Villadiego Sánchez JM	0-744, 0-745	Visa Caño J	P-2015
Villagrasa Vilella A	P-839, P-1397	Visus Fernández de Manzano I	A-2509
		Vivas Balcones D	P-999
		Viveros Martínez JA	A-89



ÍNDICE DE AUTORES

Vives Beltrán I	P-1453	Zalama Sánchez D	A-1744, A-2360, P-1729, P-1734
Vives Hernández JJ	A-1847, A-1848, A-1930, A-1934, A-1941, A-1952, A-2206, 0-435, 0-436, P-443 P-1291, P-1650, P-1835, P-1850, P-2190, P-2293, P-2404	Zamakola Ibaibarriaga A	P-331
Vizcaíno Pinedo R	A-1063, A-1063, A-1127, A-1648, P-831, P-877, P-1119, P-1259, P-2336	Zambrano Olivo R	A-965, 0-567
Von Wernitz Teleki A	A-44, A-2035, A-2198, P-16, P-1598, P-1640, P-2185, P-2531	Zambrano Quevedo F	A-1490, P-1436
Waliño Pizarro MA	A-462, P-314, P-368	Zamora J	0-94
Wasniewski S	0-868, 0-900	Zamora Romero J	P-31
Whörle N	A-490, 0-701, P-706, P-800	Zamora Sierra M	A-1488, A-1732, P-1920
Wunderling Bruggemann P	P-6	Zamora Soler A	P-320, P-334
Yago Calderón CA	A-1500, A-1510, A-2135, A-2141, A-2271, P-504, P-959, P-1183, P-2082, P-2115, P-2261, P-2266, P-2512	Zamorano Serrano M	A-103
Yáñez Jiménez LYJ	A-857	Zapata Balcazar A	P-2357
Yáñez Mateos LYM	A-857	Zapatería García MA	A-1443, P-2669
Yanguas Amatriain L	A-1443, 0-437, P-2669	Zarco Manjavacas J	A-854, A-1269, A-1293, A-1856, A-1860, A-2602, P-1791
Yanguas Lezaun ME	P-258	Zarrabeitia Tormes M	P-2609
Yáñez C	P-1204	Zarzuelo Martín N	P-55, P-2582
Yáñez Anchustegui A	0-290, 0-291	Zhygálova Zhygálova I	A-1789, P-1796
Yáñez Rodríguez F	P-986	Zhygálova Zhygálova O	A-1789, 0-283, P-1796
Yepes del Cerro JM	P-239, P-274, P-344	Zielenieswki Centenero J	A-1740, A-2373, P-1182, P-1661, P-1662, P-1691, P-2371, P-2377, P-2380, P-2387
Yeste Piquer A	P-1364, P-1411	Zlatkes Kirchheimer JS	A-1880, P-1859
Yubero Salgado L	A-911, P-2056	Zorrila J	P-1225
Yuguero Torres O	A-80, A-519, A-1926, A-2624, P-388, P-518, P-1348, P-1913, P-2682	Zorrilla Riveiro JG	0-1465
Yus López M	P-28, P-1226, P-1845, P-2127, P-2592	Zuabi García LB	P-1975
Yustas De Pedro C	P-2549	Zuazua Rico D	P-2791
Zabala Acerecho A	P-1228	Zubeldia Irizar M	P-705
Zafar Iqbal-Mirza S	P-835, P-1841	Zubieta Floristan ME	P-1024, P-1025
Zafra Cortés E	A-115, P-1446	Zubillaga Carmona AA	0-627, 0-658, P-605, P-770, P-2539
Zaheri Beryanaki M	A-478, A-539, P-502, P-507, P-856, P-1573, P-2114, P-2501	Zubillaga Carmona L	0-609, 0-623, 0-642
Zakariya Y	0-567	Zubillaga Carmona LL	0-627, 0-658, P-605, P-770, P-1756, P-2539
Zakariya-Yousef Breval Y	A-2635	Zugazaga Badallo E	A-1880, P-1859, P-2663
		Zurdo Alonso L	A-37
		Zurdo Díaz C	P-1231

